

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1. Stroke Non Hemoragik

a) Pengertian

Stroke adalah gangguan yang menyerang otak secara mendadak dan berkembang cepat yang berlangsung lebih dari 24 jam ini disebabkan oleh iskemik maupun hemoragik di otak sehingga pada keadaan tersebut suplai oksigen keotak terganggu dan dapat mempengaruhi kinerja saraf di otak. yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran. Penyakit stroke biasanya disertai dengan adanya peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK) yang ditandai dengan nyeri kepala dan mengalami penurunan kesadaran (Ayu R D. 2018).

Stroke Non Hemoragik merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan thrombus pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak menjadi terhenti. Stroke Non Hemoragik merupakan sebagai kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak kuat dan bukan disebabkan oleh perdarahan. Stroke Non Hemoragik biasanya disebabkan oleh tertutupnya pembuluh darah otak akibat adanya penumpukan penimbunan lemak (plak) dalam pembuluh darah besar (arteri karotis), pembuluh darah sedang (arteri serebri), atau pembuluh darah kecil (Ayu R D. 2018).

b) Etiologi

Adapun penyebab terjadinya stroke Non Hemoragik menurut (Muttaqin, 2018) yaitu:

1. Trombosis (Bekuan cairan di dalam pembuluh darah otak)

Trombus yang lepas dan menyangkut di pembuluh darah yang lebih distal disebut embolus.

2. Embolisme Cerebral (Bekuan darah atau material lain)

Emboli merupakan 5-15 % dari penyebab stroke. Dari penelitian epidemiologi didapatkan bahwa sekitar 50% dari semua serangan iskemik otak, apakah yang permanen atau yang transien, diakibatkan oleh komplikasi trombotik atau embolik dari ateroma, yang merupakan kelainan dari arteri ukuran besar atau sedang, dan sekitar 25 % disebabkan oleh penyakit

pembuluh darah kecil di intrakranial dan 20 % oleh emboli jantung. Emboli dapat terbentuk dari gumpalan darah, kolesterol, lemak, fibrin trombosit udara tumor, metastase, bakteri, benda asing. Emboli lemak terbentuk jika lemak dari sumsum tulang yang pecah dilepaskan ke dalam aliran darah dan akhirnya bergabung didalam sebuah arteri.

3. Hemoragik Cerebral (Pecahnya pembuluh darah serebral dengan perlahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak)

Akibatnya adalah gangguan suplai darah ke otak, menyebabkan kehilangan gerak, pikir, memori, bicara, atau sensasi baik sementara atau permanen.

4. Iskemia (Penurunan aliran darah ke area otak)

Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba bisa menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak yang biasanya menyebabkan seseorang pingsan. Stroke bisa terjadi jika tekanan darah rendahnya sangat berat dan menahan. Hal ini terjadi jika seseorang mengalami kehilangan darah yang banyak karena cedera atau pembedahan, serangan jantung atau irama jantung yang abnormal.

c) Manifestasi Klinis

Gejala klinis pada stroke biasanya muncul secara tiba-tiba dengan adanya kehilangan kekuatan pada salah satu sisi tubuh, perubahan keasadaran, bicara tidak jelas (pelo), gangguan pada penglihatan, sulit berjalan, sakit kepala, dan hilangnya keseimbangan (Sholihany Fithriyah., 2021). Penderita stroke akan mengalami kehilangan fungsi motorik dan sensorik yang mengakibatkan hemiparesis, hemiplegia, serta ataksia. Akibat adanya gangguan motorik pada otak, maka otot akan di istirahatkan sehingga menyebabkan atrofi otot. Atrofi otot menyebabkan kekakuan otot, sehingga otot yang kaku tersebut dapat mengalami keterbatasan gerak pada pasien stroke (Kusuma & Sara 2020)

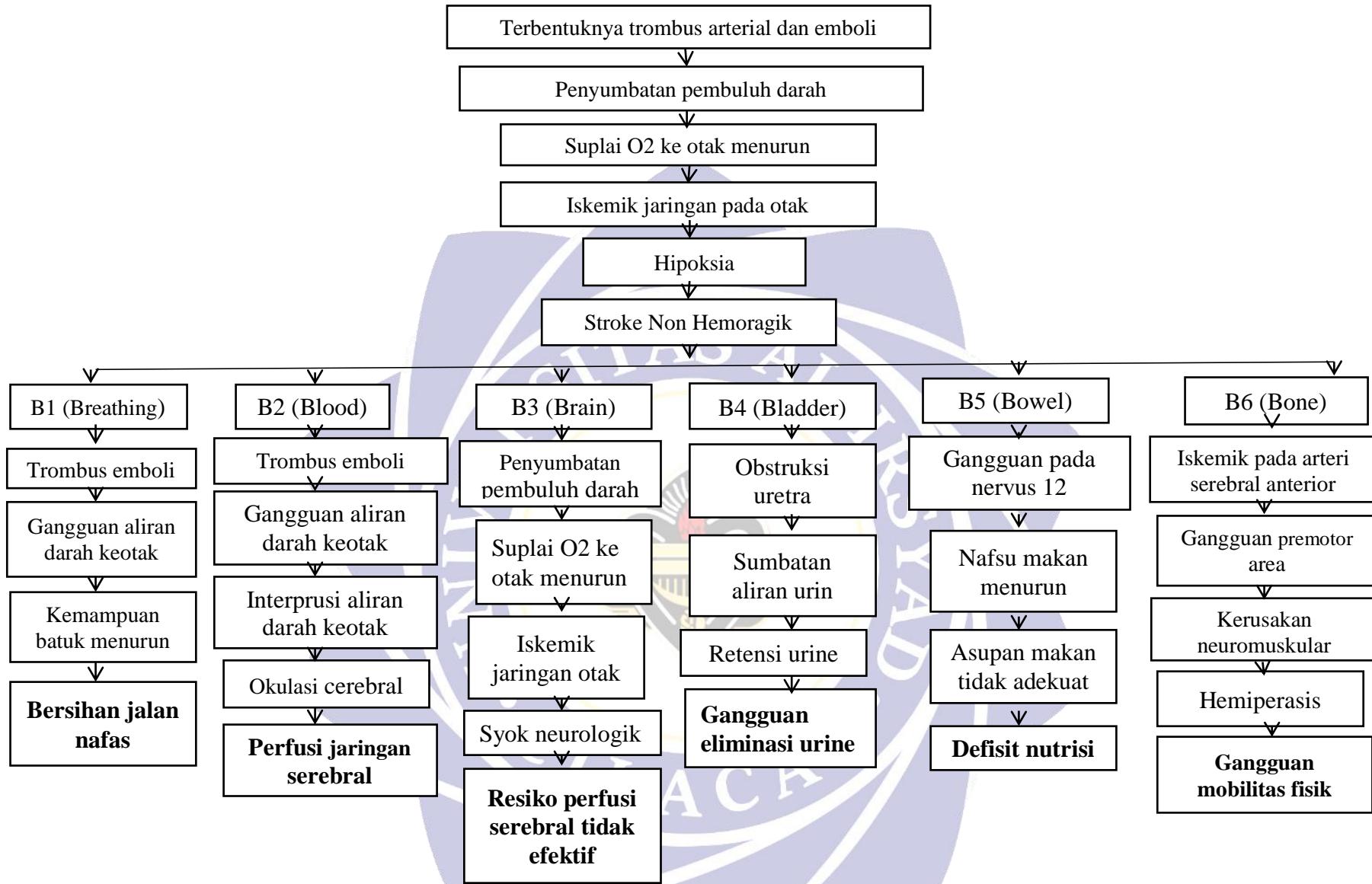
d) Pathofisiologis

Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau lebih emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak yang secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk trombus. Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap

dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan) mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis lalu asidosis akan mengakibatkan natrium, klorida, dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalsium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi perusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Chang, 2012).

Ketidakefektifan perfusi jaringan yang disebabkan oleh trombus dan emboli akan menyebabkan iskemia pada jaringan yang tidak dialiri oleh darah. jika hal ini berlanjut terus menerus maka jaringan tersebut akan mengalami infark dan kemudian akan mengganggu sistem persyaratan yang ada di tubuh seperti: penurunan kontrol volunter yang akan menyebabkan hemiplegia atau hemiparese sehingga tubuh akan mengalami hambatan mobilitas, defisit perawatan diri karena tidak bisa menggerakkan tubuh untuk merawat diri sendiri, pasien tidak mampu untuk makan sehingga nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Defisit neurologis juga akan menyebabkan gangguan pencernaan sehingga mengalami disfungsi kandung kemih dan saluran. pencemakan lalu akan mengalami gangguan eliminasi. Karena ada penurunan kontrol volunter maka kemampuan batuk juga akan berkurang dan mengakibatkan penumpukan sekret sehingga pasien akan mengalami gangguan jalan nafas dan pasien kemungkinan tidak mampu menggerakkan otot - otot untuk bicara sehingga pasien mengalami gangguan komunikasi verbal berupa disfungsi bahasa dan komunikasi (Chang, 2012.)

e) Pathways



f) Pemeriksaan Penunjang

Adapun pemeriksaan penunjang pada Stroke Non Hemoragik menurut Muttaqin, (2018) yaitu:

1. Angiografi Serebral: Menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri
2. Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT): Untuk mendeteksi luas dan daerah abnormal dari otak, yang juga mendeteksi, melokalisasi, dan mengukur stroke(sebelum nampak oleh pemindaian CT-Scan)
3. CT Scan: Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti
4. MRI Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar terjadinya perdarahan otak hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infrak akibat dari hemoragik
5. EEG: Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infrak sehingga menurunnya implus listrik dalam jaringan otak
6. Pemeriksaan Laboratorium: Darah rutin, gula darah, urin rutin, cairan serebrospinal, AGD, biokimia darah, elektrolit

g) Penatalaksanaan

Adapun penatalaksanaan medis menurut Muttaqin (2018) yaitu:
Penatalaksanaan Medis

1. Menurunkan kerusakan iskemik serebral Tindakan awal difokuskan untuk menyelamatkan sebanyak mungkin area iskemik dengan memberikan oksigen, glukosa dan aliran darah yang adekuat dengan mengontrol atau memperbaiki disritmia serta tekanan darah.
2. Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK dengan meninggikan kepala 15-30 derajat menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan.
3. Pengobatan
 - a. Anti Koagulan : Heparin untuk menurunkan kecenderungan perdarahan pada fase akut

- b. Obat Anti Trombotik : Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik atau embolik
 - c. Diuretika: Untuk menurunkan edema serebral
4. Pembedahan Endarterektomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak.

Penatalaksanaan Keperawatan

- a. Posisi kepala dan badan 15-30 derajat. Posisi miring apabila muntah dan boleh mulai mobilisasi bertahap jika hemodinamika stabil.
- b. Bebaskan jalan nafas dan pertahankan ventilasi yang adekuat
- c. Tanda-tanda vital usahakan stabil
- d. Bedrest
- e. Pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit
- f. Hindari kenaikan suhu, batuk, konstipasi, atau cairan suction yang berlebih

h) Konsep *Range Of Motion* (ROM)

1. Pengertian *Range of motion* (ROM)

Pengertian *Range of motion* (ROM) yaitu derajat untuk mengukur kemampuan suatu tulang, otot dan sendi dalam melakukan pergerakan. ROM adalah jumlah maksimum gerakan yang mungkin dilakukan sendi pada salah satu dari tiga potongan tubuh, yaitu sagittal, transversal, dan frontal. Potongan sagita adalah garis yang melewati tubuh dari depan ke belakang, membagi tubuh menjadi bagian kiri dan kanan. Potongan frontal melewati tubuh dari sisi ke sisi dan membagi tubuh menjadi bagian depan ke belakang. Potongan transversal adalah garis horizontal yang membagi tubuh menjadi bagian atas dan bawah (Istichomah, 2020).

2. Tujuan *Range of Motion* (ROM)

Adapun tujuan dari ROM yaitu meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan, mencegah kekakuan pada sendi, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan kontraktur (Istichomah, 2020)

3. Manfaat *Range Of Motion* (ROM)

Adapun manfaat dari ROM, yaitu menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan, mengkaji tulang, sendi dan otot,

mencegah terjadinya kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah, memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendi dan memperbaiki toleransi otot untuk latihan.

4. Prinsip latihan *Range Of Motion* (ROM)

Adapun prinsip latihan ROM, diantaranya :

- a. ROM harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari
- b. ROM dilakukan bertahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien
- c. Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan latihan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki.
- d. ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit.
- e. Melakukan ROM harus sesuai waktunya. Misalnya setelah mania tau perawatan rutin telah dilakukan.

5. Jenis-jenis *Range Of Motion* (ROM)

ROM dibedakan menjadi dua jenis, yaitu :

- a. ROM aktif yaitu gerakan yang dilakukan oleh seseorang (pasien) dengan menggunakan energi sendiri. Perawat memberikan motivasi, dan membimbing klien dalam melaksanakan pergerakan sendiri secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal (klien aktif). Kekuatan otot 75%.
- b. ROM pasif yaitu energi yang dikeluarkan untuk latihan berasal dari orang lain (perawat) atau alat mekanik. Perawat melakukan gerakan persendian klien sesuai dengan rentang gerak yang normal (klien pasif). Kekuatan otot 50%.

6. Macam-macam gerakan ROM

Ada berbagai macam gerakan ROM, yaitu :

- a. *Fleksi*, yaitu berkurangnya sudut persendian.
- b. *Ekstensi*, yaitu bertambahnya sudut persendian.
- c. *Hiperekstensi*, yaitu ekstensi lebih lanjut.
- d. *Adduksi*, yaitu gerakan mendekati garis tengah tubuh.
- e. *Rotasi*, yaitu gerakan memutari pusat dari tulang.

- f. *Eversi*, yaitu perputaran bagian telapak kaki ke bagian luar, bergerak membentuk sudut persendian.
- g. *Pronasi*, yaitu pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke bawah.
- h. *Supinasi*, yaitu pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke atas
- i. *Oposisi*, yaitu gerakan menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama.

7. Gerakan ROM

Berdasarkan bagian tubuh :

- a. Leher terdiri dari *fleksi* yaitu menggerakan dagu menempel ke dada, *ekstensi* yaitu mengembalikan ke posisi tegak, *hiperekstensi* yaitu menekuk kepala ke belakang sejauh mungkin, *fleksi lateral* yaitu memiringkan kepala sejauh mungkin kearah setiap bahu, *rotasi* yaitu memutas kepala sejauh mungkin ke arah setiap bahu.
- b. Bahu terdiri dari *fleksi* yaitu menaikkan lengan dari posisi di samping tubuh ke depan ke posisi di atas kepala, *ekstensi* yaitu mengembalikan lengan ke posisi di samping tubuh, *hiperekstensi* yaitu menggerakan lengan ke belakang tubuh, siku tetap lurus, *abduksi* yaitu menaikkan lengan ke posisi samping diatas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala, *adduksi* yaitu menurunkan lengan ke samping dan menyilang tubuh sejauh mungkin, *rotasi* dalam yaitu dengan siku *fleksi*, memutar bahu dengan menggerakan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang, *rotasi* luar yaitu dengan siku *fleksi*, menggerakkan lengan dengan gerakan penuh.
- c. Siku terdiri dari *fleksi* yaitu menekuk siku sehingga lengan bawah bergerak ke depan sendi bahu dan tangan sejajar bahu, *ekstensi* yaitu meluruskan siku dengan menurunkan lengan.
- d. Lengan bawah terdiri dari *supinasi* yaitu memutar lengan bawah tangan sehingga telapak tangan menghadap keatas, *pronasi* yaitu memutas lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap kebawah
- e. Pergelangan tangan terdiri dari *fleksi* yaitu menggerakan telapak

tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah berada dalam arah yang sama, *hiperekstensi* yaitu membawa permukaan tangan *dorsal* ke belakang sejauh mungkin, abduksi yaitu menekuk pergelangan tangan miring ke arah lima jari

- f. Jari-Jari Tangan terdiri dari *fleksi* yaitu membuat genggaman, *ekstensi* yaitu meluruskan jari-jari tangan, *hiperekstensi* yaitu menggerakkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin, *abduksi* yaitu meregangkan jari-jari tangan yang satu dengan yang lain, *adduksi* yaitu merapatkan kembali jari-jari tangan
- g. Ibu Jari terdiri dari oposisi yaitu menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama.
- h. Pinggul terdiri dari *fleksi* yaitu menggerakkan tungkai ke depan dan ke atas, *ekstensi* yaitu menggerakkan kembali ke samping tungkai yang lain, *hiperekstensi* yaitu menggerakkan tungkai ke belakang tubuh, *abduksi* yaitu menggerakkan tungkai ke samping menjauhi tubuh, *adduksi* yaitu menggerakkan kembali tungkai ke posisi medial dan melebihi jika mungkin, *rotasi* dalam yaitu memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain, *rotasi* luar yaitu memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain, *sirkumduksi* yaitu menggerakkan tungkai memutar.
- i. Kaki terdiri dari *inversi* yaitu memutar telapak kaki ke samping dalam (*medial*), *eversi* yaitu memutar telapak kaki ke samping luar (*lateral*).
- j. Jari-Jari Kaki terdiri dari *fleksi* yaitu melengkungkan jari-jari kaki ke bawah, *ekstensi* yaitu meluruskan jari-jari kaki, *abduksi* yaitu merenggangkan jari-jari kaki satu dengan yang lain, *adduksi* yaitu merapatkan kembali bersama-sama.

i) Kekuatan Otot

1. Definisi Kekuatan Otot

Kekuatan otot dapat di ukur melalui kekuatan yang dihasilkan seperti kekuatan otot tungkai pada saat mengangkat beban. Beban atau tahanan disini dapat diartikan sebagai beban yang berassal dari tubuh sendiri sebagai beban yang di atasi seperti melakukan melompat tinggi. Kekuatan merupakan

kemampuan dasar kondisi fisik. Tanpa kekuatan otot orang tidak bisa melompat/melonat, mendorong, menarik, menahan, mengangkat, dan lain sebagainya. Jadi jelas bahwa kekuatan dibutuhkan dalam hampir semua cabang olahraga (Syafruddin, 2017)

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kekuatan otot

Untuk kerja yang berhubungan dengan kekuatan dipengaruhi oleh antara lain:

a. Koordinasi intramuskuler

Yakni beberapa kelompok otot sewaktu melakukan aktivitas. Pada setiap aktifitas jasmani yang memerlukan kekuatan, biasanya melibatkan beberapa kelompok otot. Otot-otot yang bekerja secara koordinasi akan menghasilkan kekuatan yang maksimal, akan tetapi sering terjadi kerja tidak maksimal.

b. Kondisi intramuskuler

Koordinasi intramuskuler adalah kekuatan juga tergantung pada fungsi saraf otot yang telibat dalam pelaksanaan tugas aktivitas fisik tersebut. Artinya semakin banyak serabut otot dalam suatu aktifitas maka semakin besar kekuatan otot yang dihasilkan begitu sebaliknya. Hasil maksimal akan diperoleh melalui cara pemberian beban maksimum latihan.

c. Reaksi otot terhadap rangsang saraf

Reaksi otot terhadap rangsangan saraf, otot akan memberikan reaksi terhadap rangsang latihan sebesar 30% dari potensi yang dimiliki otot yang bersangkutan. Latihan dengan intensitas biasa hanya akan menghasilkan kekuatan secara proposional saja. Untuk memperoleh hasil yang lebih baik maka tingkat intensitas rangsangan dalam latihan harus lebih tinggi.

d. Sudut sendi

Sudut sendi, beberapa penemuan mengatakan bahwa kekuatan maksimum akan dicapai apabila sendi terlibat saat aktivitas berada pada keadaan yang benar-benar lurus atau mendekati keadaan (Irawadi, 2018)

2. Konsep Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian Keperawatan

Menurut Muttaqin, (2018) anamnesa pada stroke meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pengkajian psikososial

A. Identitas Klien

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

B. 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.

C. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke hemoragik 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. Keluhari perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan konia.

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.

E. Riwayat penyakit keluarga

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

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. Pengkajian mekanisme coping 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.

7. Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara per sistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien.

a. B1 (Breathing)

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot hantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran comatosus, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

b. B2 (Blood)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg).

c. B3 (Brain)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

d. B4 (Bladder)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

e. B5 (Bowel)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defakasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

f. B6 (Bone)

Stroke adalah penyakit UMN dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain.

Pada kulit, jika klien kekurangan O2 kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

8. Pengkajian tingkat kesadaran

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan klien dan respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan. Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan.

9. Pengkajian fungsi serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa, lobus frontal, dan hemifiser

10. Status mental

Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien. Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan

11. Kemampuan bahasa

Penurunan kemampuan bahasa tergantung daerah lesi yang mempengaruhi fungsi dari serebral. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area *Wernicke*) di dapatkan disfasia reseptif. yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian posterior dari giras frontalis inferior (area *Broca*) didapatkan disfagia ekspresif, yaitu klien dapat mengerti, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar. Disartria (kesulitan berbicara). ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang

disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika klien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

12. Pengkajian Saraf Kranial

Menurut Muttaqin, (2008) Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I-XII

- a. Saraf I: Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
- b. Saraf II. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan *visual-spasial* (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spesial) sering terlihat pada mien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh
- c. Saraf III, IV, dan VI. Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis. Pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.
- d. Saraf V. Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi *ipsilateral*, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.
- e. Saraf VII. Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sakit.
- f. Saraf VIII. Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
- g. Saraf IX dan X. Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
- h. Saraf XI. Tidak ada atrofi otot *sternokleidomastoid* dan *trapezius*.
- i. Saraf XII Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecapan normal.

13. Pengkajian Sistem Motorik

Stroke adalah penyakit saraf motorik atas (UMN) dan mengakibatkan

kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena UMN bersilangan, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada UMN di sisi yang berlawanan dari otak.

a. Inspeksi Umum.

Didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.

b. Fasikulasi.

Didapatkan pada otot-otot ekstremitas.

c. Tonus Otot

Didapatkan meningkat.

b) Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Timbul

1. Risiko jatuh

b. Definisi

Beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

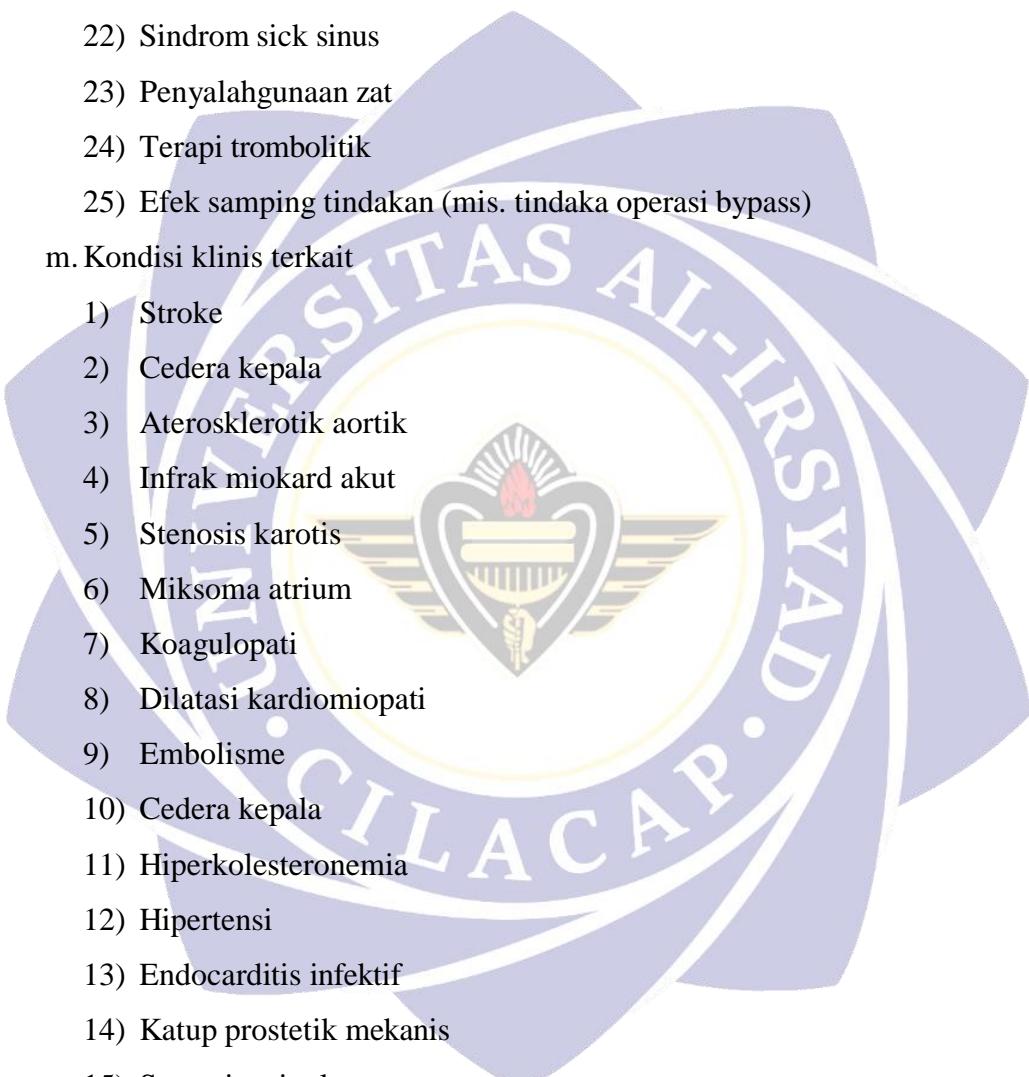
c. Faktor resiko

- 1) Usia
- 2) Riwayat jatuh
- 3) Anggota gerak bawah protesis
- 4) Penggunaan alat bantu berjalan
- 5) Penurunan tingkat kesadaran
- 6) Perubahan fungsi kognitif
- 7) Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing)
- 8) Kondisi pasca operasi
- 9) Hipotensi ortostatik
- 10) Perubahan kadar glukosa darah
- 11) Anemia
- 12) Kekuatan otot menurun
- 13) Gangguan pendengaran
- 14) Gangguan keseimbangan
- 15) Gangguan penglihatan

- 16) Neuropati
- 17) Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum)

c. Kondisi klinis terkait

- 1) Osteoporosis
 - 2) Kejang
 - 3) Penyakit sebrovaskuler
 - 4) Katarak
 - 5) Glaukoma
 - 6) Demensia (pikun)
 - 7) Hipotensi (tekanan darah rendah)
 - 8) Amputasi (pembedahan)
 - 9) Intoksikasi (keracunan)
 - 10) Preeklampsi (tekanan darah tinggi pada ibu hamil)
2. Risiko perfusi serebral tidak efektif
- k. Definisi
- Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak
1. Faktor Risiko
 - 1) Keabnormalan masa protrombin dan atau tromboplastin parsial
 - 2) Penurunan kinerja ventrikel kiri
 - 3) Aterosklerosis aorta (penyakit pembuluh darah di mana arteri rusak)
 - 4) Diseksi arteri (kegagalan struktural dinding arteri)
 - 5) Fibrilasi atrium (irama jantung tidak teratur)
 - 6) Tumor otak
 - 7) Stenosis karotis (penyempitan arteri karotis)
 - 8) Miksoma atrium (tumor non-kanker di sisi kiri)
 - 9) Aneurisma serebri (pelebaran atau penonjolan pembuluh darah otak)
 - 10) Koagulopati (mis. anemia sel sabit)
 - 11) Dilatasi kardiomiopati (penyakit otot jantung)
 - 12) Koagulopati intravaskuler diseminata
 - 13) Embolisme
 - 14) Cedera kepala
 - 15) Hipercolesteronemia

- 
- 16) Hipertensi
 - 17) Endocarditis infektif
 - 18) Katup prostetik mekanis
 - 19) Stenosis mitral
 - 20) Neoplasma otak
 - 21) Infark miokard akut
 - 22) Sindrom sick sinus
 - 23) Penyalahgunaan zat
 - 24) Terapi trombolitik
 - 25) Efek samping tindakan (mis. tindaka operasi bypass)

m. Kondisi klinis terkait

- 1) Stroke
- 2) Cedera kepala
- 3) Aterosklerotik aortik
- 4) Infrak miokard akut
- 5) Stenosis karotis
- 6) Meksoma atrium
- 7) Koagulopati
- 8) Dilatasi kardiomiopati
- 9) Embolisme
- 10) Cedera kepala
- 11) Hiperkolesteronemia
- 12) Hipertensi
- 13) Endocarditis infektif
- 14) Katup prostetik mekanis
- 15) Stenosis mitral
- 16) Neoplasma otak
- 17) Infark miokard akut
- 18) Sindrom sick sinus
- 19) Penyalahgunaan zat
- 20) Terapi trombolitik
- 21) Efek samping tindakan (mis. tindaka operasi bypass)

3. Bersihan jalan napas tidak efektif

a. Definisi

Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

b. Penyebab

1) Fisiologis

- a) Spasme jalan napas
- b) Hiperseksresi jalan napas
- c) Disfungsi neuromuskular
- d) Benda asing dalam jalan napas
- e) Adanya jalan napas buatan
- f) Sekresi yang tertahan
- g) Hiperplasia dinding jalan napas
- h) Proses infeksi
- i) Respon alergi
- j) Efek agen farmakologis (mis. anestesi)

2) Situasional

- a) Merokok aktif
- b) Merokok pasif
- c) Terpajan polutan

c. Gejala dan tanda mayor

1) Subjektif :

(tidak tersedia)

2) Objektif

- a) Batuk tidak efektif
- b) Tidak mampu batuk
- c) Sputum berlebih
- d) Mengi, *wheezing* dan/atau ronkhi kering
- e) Mekonium di jalan napas (pada neonatus)

d. Gejala dan tanda minor

1) Subjektif

- a) Dispnea

- b) Sulit bicara
 - c) Orthopnea
- 2) Objektif
- a) Gelisah
 - b) Sianosis
 - c) Bunyi napas menurun
 - d) Frekuensi napas berubah
 - e) Pola napas berubah
- e. Kondisi klinis terkait
- 1) Gullian barre syndrome
 - 2) Sklerosis multipel
 - 3) Myasthenia gravis
 - 4) Prosedur diagnostik
 - 5) Depresi sistem saraf pusat
 - 6) Cedera kepala
 - 7) Stroke
 - 8) Kuadriplegia
 - 9) Infeksi saluran napas
4. Gangguan mobilitas fisik
- a. Definisi
 - Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri
 - b. Penyebab
 - 1) Kerusakan integritas struktur tulang
 - 2) Perubahan metabolisme
 - 3) Ketidakbugaran fisik
 - 4) Penurunan kendali otot
 - 5) Penurunan massa otot
 - 6) Penurunan kekuatan otot
 - 7) Keterlambatan perkembangan
 - 8) Kekakuan sendi
 - 9) Kontraktur

- 10) Malnutrisi
 - 11) Gangguan muskuloskeletal
 - 12) Gangguan neuromuskular
 - 13) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
 - 14) Efek agen farmakologis
 - 15) Program pembatasan gerak
 - 16) Nyeri
 - 17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
 - 18) Kecemasan
 - 19) Gangguan kognitif
 - 20) Keengganan melakukan pergerakan
 - 21) Gangguan sensoripersepsi
- c. Gejala dan tanda mayaor
- 1) Subjektif
 - a) Nyeri saat bergerak
 - b) Enggan melakukan pergerakan
 - c) Merasa cemas saat bergerak
 - 2) Objektif
 - a) Sendi kaku
 - b) Gerakan terbatas
 - c) Fisik lemah
- d. Kondisi klinis terkait
- 1) Stroke
 - 2) Cedera medula spinalis
 - 3) Trauma
 - 4) Fraktur
 - 5) Osteoarthritis
 - 6) Osteomalasia
 - 7) Keganasan
5. Defisit nutrisi
- a. Definisi
- Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

- b. Penyebab
 - 1) Ketidakmampuan menelan makanan
 - 2) Ketidakmampuan mencerna makanan
 - 3) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien
 - 4) Peningkatan kebutuhan metabolisme
 - 5) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
 - 6) Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)
- c. Gejala dan Tanda Mayor
 - 1) Subjektif
 - (tidak tersedia)
 - 2) Objektif
 - a. Berat badan menurun mimal 10% di bawah rentang ideal
- d. Gejala Dan Tanda Minor
 - 1) Subjektif
 - a. Cepat kenyang setelah makan
 - b. Kram/nyeri abdomen
 - c. Nafsu makan menurun
 - 2) Objektif
 - a. Bising usus hiperaktif
 - b. Otot pengunyah lemah
 - c. Otot menelan lemah
 - d. Membran mukosa pucat
 - e. Sariawan
 - f. Serum albumin turun
 - g. Rambut rontok berlebihan
 - h. Diare
- e. Kondisi Klinis Terkait
 - 1) Stroke
 - 2) *Parkinson*
 - 3) *Mobius syndrome*
 - 4) *Cerebral palsy*

5) *Cleft lip*

6. Gangguan eliminasi urin

a. Definisi

Disfungsi eliminasi urin

b) Penyebab

- 1) Penurunan kapasitas kandung kemih
- 2) Iritasi kandung kemih
- 3) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
- 4) Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. operasi ginjal, operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan)
- 5) Kelemahan otot pelvis
- 6) Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. immobilisasi)
- 7) Hambatan lingkungan
- 8) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi

c) Gejala dan Tanda Mayor

1) Subjektif

- a) Desakan berkemih (urgensi)
- b) Urin menetes (dribbling)
- c) Sering buang air kecil
- d) Nokturia
- e) Mengompol
- f) Enuresis

2) Objektif

- a) Distensi kandung kemih
- b) Berkemih tidak tuntas (*hesitancy*)
- c) Volume residu urin meningkat

d) Gejala dan Tanda Minor

1) Subjektif

(tidak tersedia)

2) Objektif

(tidak tersedia)

- e) Kondisi Klinis yang terkait
 - 1) Infeksi ginjal dan saluran kemih
 - 2) Hiperglikemi
 - 3) Trauma
 - 4) Kanker
 - 5) Cedera/tumor/infeksi medula spinalis
 - 6) Neuropati diabetikum
 - 7) Neuropati alkoholik
 - 8) Stroke

c) **Intervensi Keperawatan**

Intervensi atau perencanaan merupakan tahap dimana perawat harus mampu berpikir kritis dalam merumuskan dan menentukan rencana keperawatan yang nantinya akan di berikan kepada pasien. Rencana keperawatan ini tertulis untuk digunakan sebagai kebutuhan klien jangka panjang (Potter, 1997 dalam Silla, 2019). Dalam intervensi ini terdapat intervensi independen dan ada juga intervensi kolaboratif. Intervensi independen merupakan intervensi yang dilakukan oleh perawat secara mandiri tanpa bantuan dari tenaga kesehatan lain. Intervensi kolaboratif merupakan intervensi yang dilakukan dengan bantuan dari tenaga kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, fisioterapi, dan lain-lain

1. Risiko Jatuh (D.0143)

SLKI : Tingkat Jatuh (L.14138)

a. Definisi

Derajat jatuh berdasarkan observasi atau sumber informasi

b. Ekspetasi : menurun

c. Kriteria Hasil

Tabel 2 1 SLKI Tingkat Jatuh

	Meningkat meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Jatuh dari tempat tidur	1	2	3	4	5
Jatuh saat berdiri	1	2	3	4	5
Jatuh saat duduk	1	2	3	4	5
Jatuh saat berjalan	1	2	3	4	5
Jatuh saat dipindahkan	1	2	3	4	5
Jatuh saat naik tangga	1	2	3	4	5
Jatuh saat di kamar mandi	1	2	3	4	5
Jatuh saat membungkuk	1	2	3	4	5

SIKI : Pencegahan Jatuh (I.14540)

a. Definisi

Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terjatuh akibat perubahan kondisi fisik

b. Tindakan

1) Observasi

a) Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)

b) Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi

c) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang)

d) Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu

e) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya

2) Terapeutik

a) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga

b) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci

c) Pasang handrail tempat tidur

d) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah

- e) Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station
 - f) Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker)
 - g) Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien
- 3) Edukasi
- a) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
 - b) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
 - c) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
 - d) Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
2. Risiko Perfusi serebral tidak efektif (D.0017)

SLKI : Perfusi Serebral (L.02014)

a. Definisi

Keadekuatan aliran darah serebral untuk menunjang fungsi otak

b. Ekspetasi : meningkat

c. Kriteria Hasil :

Tabel 2.2 SLKI Perfusi Serebral

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Tingkat Kesadaran	1	2	3	4	5
Kognitif	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Sakit kepala	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Cemas	1	2	3	4	5
Demam	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaiik
Tekanan arteri rata-rata	1	2	3	4	5
Tekanan intrakranial	1	2	3	4	5
Tekanan darah sistolik	1	2	3	4	5
Tekanan darah Diastolik	1	2	3	4	5

Refleks saraf	1	2	3	4	5
---------------	---	---	---	---	---

SIKI : Pemantauan Tanda Vital (I.02060)

a. Definisi

Mengumpulkan dan menganalisis data hasil pengukuran fungsi vital kardiovaskuler, pernapasan dan suhu tubuh

b. Tindakan

1) Observasi

- a) Monitor tekanan darah
- b) Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)
- c) Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman)
- d) Monitor suhu tubuh
- e) Monitor oksimetri nadi
- f) Monitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)
- g) Identifikasi penyebab perubahan tanda vital

2) Terapeutik

- a) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien
- b) Dokumentasikan hasil pemantauan

3) Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

3. Bersihkan Jalan Naafas Tidak Efektif (D.0001)

SLKI : bersihkan jalan napas (L. 01001)

a. Definisi :

Kemampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafa untuk mempertahankan jalan napas tetap paten

b. Eskeptasi : Meningkat

c. Kriteria Hasil :

Tabel 2 3 SLKI Bersihan Jalan Napas

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Batuk Efektif	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Produksi Sputum	1	2	3	4	5
Mengi	1	2	3	4	5
Wheezing	1	2	3	4	5
Dispnea	1	2	3	4	5
Ortopnea	1	2	3	4	5
Sulit Bicara	1	2	3	4	5
Sianosis	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaiik
Frekuensi Napas	1	2	3	4	5
Pola Napas	1	2	3	4	5

SIKI : pemantauan respirasi (I.01014)

a. Definisi

Mengumpulkan dan menganalisis data untuk memastikan kepatenian jalan napas dan keefektifan pertukaran gas

b. Tindakan

1) Observasi

- Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- Monitor pola napas (seperti *bradipneia*, *takipneia*, *hiperventilasi*, *kussmaul*, *Cheyne-Stokes*, *biot*, *ataksik*)
- Monitor kemampuan bantuk efektif Monitor adanya produksi sputum
- Monitor adanya sumbatan jalan napas Palpasi kesimetrisan ekspansi paru Auskultasi bunyi napas
- Monitor saturasi oksigen Monitor nilai AGD
- Monitor hasil *x-ray* toraks

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Pergerakan ekstermitas	1	2	3	4	5
Kekuatan Otot	1	2	3	4	5
Rentang gerak	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Nyeri	1	2	3	4	5
Cemas	1	2	3	4	5
Kaku sendi	1	2	3	4	5
Gerakan tidak terkordinasi	1	2	3	4	5
Gerakan Terbatas	1	2	3	4	5
Kelemahan Fisik	1	2	3	4	5

SIKI : Teknik Latihan Penguatan Otot (I.05148)

a. Definisi :

Memfasilitasi latihan otot resistif reguler untuk mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot

b. Tindakan

1) Observasi

- a) Identifikasi risiko latihan
- b) Identifikasi tingkat kebugaran otot dengan menggunakan lapangan latihan atau tes laboratorium (mis. angka maksimum, jumlah daftar perunit waktu)
- c) Identifikasi jenis dan durasi aktivitas pemanasan atau pendinginan
- d) Monitor efektifitas latihan

2) Terapeutik

- a) Lakukan latihan sesuai program yang ditentukan
- b) Fasilitasi menetapkan tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang realistik dalam menentukan rencana latihan
- c) Fasilitasi mendapatkan sumber daya yang dibutuhkan di lingkungan rumah atau tempat kerja
- d) Fasilitasi mengembangkan program latihan yang sesuai dengan tingkat kebugaran otot, kendala muskloskeletal, tujuan fungsional kesehatan, sumberdaya peralatan olahraga, dan dukungan sosial
- e) Fasilitasi mengubah program atau mengembangkan strategi lain untuk mencegahnya bosan dan putus latihan
- f) Berikan instruksi tertulis tentang pedoman dan bentuk gerakan untuk setiap gerakan otot

3) Edukasi

- a) Jelaskan fungsi otot, fisiologi olahraga, dan konsekuensi tidak digunakannya otot
- b) Ajarkan tanda dan gejala intoleransi selama dan setelah sesi latihan (mis. kelemahan, kelelahan ekstrem, angina, palpitas)
- c) Anjurkan menghindari latihan selama suhu ekstrem

4) Kolaborasi

- a) Tetapkan jadwal tindak lanjut untuk mempertahankan motivasi, memfasilitasi pemecahan
- b) Kolaborasi dengan tim kesehatan lain (mis. terapis aktivitas, ahli fisiologi olahraga, terapis okupasi, terapis rekreasi, terapis fisik) dalam

perencanaan, pengajaran, dan memonitor program latihan otot

5. Defisit nutrisi

SLKI : Status Nutrisi (L.03030)

a. Definisi :

Keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

b. Ekspetasi : membaik

c. Kriteria Hasil :

Tabel 2 5 SLKI Status Nutrisi

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Porsi makan yang dihabiskan	1	2	3	4	5
Kekuatan otot mengunyah	1	2	3	4	5
Kekuatan otot Menelan	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Perasaan cepat Kenyang	1	2	3	4	5
Nyeri Abdomen	1	2	3	4	5
Sariawan	1	2	3	4	5
Rambut Rontok	1	2	3	4	5
Diare	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaiik
Berat badan	1	2	3	4	5
IMT	1	2	3	4	5
Frekuensi Makan	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Bising usung	1	2	3	4	5

SIKI : Manajemen Nutrisi (I.033119)

a. Definisi :

Mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang

b. Tindakan

1) Observasi

- a) Identifikasi status nutrisi Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- b) Identifikasi makanan yang disukai Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- c) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric
- d) Monitor asupan makanan Monitor berat badan
- e) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

2) Terapeutik

- a) Lakukan *oral hygienis* sebelum makan, jika perlu
- b) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)
- c) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- d) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- e) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- f) Berikan suplemen makanan, jika perlu
- g) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi
- h) Edukasi Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- i) Ajarkan diet yang diprogramkan

3) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilematis), jika perlu
- b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

6. Gangguan Eliminasi Urin

SLKI : Eliminasi Urin (L.04034)

a. Definisi :

Pengosongan kandung kemih yang lengkap

b. Ekspetasi : membaik

c. Kriteria Hasil :

Tabel 2 6 SLKI Elimensi Urine

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Sensasi berkemih	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Desakan Berkemih	1	2	3	4	5
Distensi kandung kemih	1	2	3	4	5
Berkemih tidak tuntas	1	2	3	4	5
Volume residu urin	1	2	3	4	5
Mengompo L	1	2	3	4	5
Euresis	1	2	3	4	5
Disuria	1	2	3	4	5
Anuria	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaiik
Frekuensi BAK	1	2	3	4	5
Karakteristik urine	1	2	3	4	5

a. Definisi :

Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB)

b. Tindakan

1) Observasi

a) Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia

b) Monitor integritas kulit pasien

2) Terapeutik

a) Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi

b) Dukungan penggunaan toilet/commode/pisspot/urinal secara konsisten

c) Jaga privasi selama eliminasi

d) Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, Jika perlu

- e) Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan Latih BAK/BAB sesuai jadwal, Jika perlu Sediakan alat bantu (mis. kateter eksternal, urinal), Jika perlu
- 3) Edukasi
- a) Anjurkan BAK/ BAB secara rutin Anjurkan ke kamar mandi atau toilet, Jika perlu.

c. **EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)**

Dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ini peneliti akan menggunakan *Evidence Base Practice* (EBP) mengenai pengaruh latihan *Range Of Motion* (ROM) Evidence Base Practice dalam penelitian ini juga dimuat dalam jurnal diantaranya:

Penulis / Tahun	Judul	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen analisis)	Hasil
Anisa Deva, Aisyah, Retno Widowati (2020)	Pengaruh Latihan Range Of Motion pada lansia stroke Non Hemoragik di Panti sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 & 3	Pada jurnal ni latihan ROM dilakukan pada lansia yang mengalami masalah dalam kekuatan otot karena penyakit stroke. Intervensi yang dilakukan dari bulan november sampai bulan Desember dengan frekuensi sehari 2x	Hasil dari penelitian ini menunjukan bahwa ada pengaruh <i>Range Of Motion</i> (ROM) terhadap peningkatan kekuatan otot dengan nilai $P = 0,000$ yang berarti Ha ditolak Ho diterima karena p-Value $< (0,05)$
Rina Budi Kristiani (2017)	Penggaruh Range Of Motion Exercaise terhadap kekuatan otot pada pasien stroke di wilayah puskesmas sidotopo surabaya	Pada jurnal ini dilakukan latihan ROM dilakukan ke 35 ressponden di PKM Padamara yang mengalami penurunan kekuatan otot. Pelaksanaan ROM dilakukan sekitar 2x sehari dalam 4 hari	Hasil dari penelitian ini menunjukan bahwa nilai $P = 0,000$ yang berarti Ha ditolak Ho diterima karena p-Value $< (0,05)$ dimana hasil penelitian ini menandakan ada pengaruh

Ramadhani (2019)	Penigkatan kekuatan otot pasien SNH dengan hemiperase melalui latihan ROM pasif di RSU curup ICU pada tahun 2019	Penelitian ini dilakukan kepada dua kelompok. Kelompok pertama yaitu subjek yang diteliti sedangkan kelompok kedua yaitu kelompok kontrol hanya di beri terapi sesuai SPO ruangan. Latihan ROM dilakukan selama 2 kali sehari selama 5 hari	Hasil penelitian ini menunjukan nilai rata-rata kekuatan otot pada kelompok intervensi sebelum dilakukan latihan ROM adalah sebesar 1,60, sedangkan rata- rata kekuatan otot sesudah diberi latihan ROM pada kelompok intervensi adalah sebesar 2,30, dan nilai $p = 0,008 (<0,05)$. Nilai kekuatan otot kelompok kontrol sebelum sebesar 1,80 dengan standar deviasi 0,63 dan sesudah (post-test) sebesar 1,70 dengan standar deviasi 0,67. Nilai $p=0,5 (P>0,05)$ sehingga dapat disimpulkan terdapat pengaruh latihan <i>Range Of Motion</i> pasif terhadap peningkatan kekuatan otot pasien stroke non-hemoragik
---------------------	--	---	---