

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Defenisi

Stroke merupakan gangguan fungsi sistem saraf akibat terganggunya peredaran darah di otak yang disebabkan oleh pecahnya atau tersumbatnya pembuluh darah di otak (Maria, 2021). Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah sehingga menyebabkan darah di otak mengalir deras ke rongga yang mengelilingi jaringan otak. Orang yang menderita stroke hemoragik kehilangan kesadaran karena pembuluh darah yang pecah tidak dapat lagi memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi yang dibawa melalui darah ke otak (Fabiana, 2019).

Stroke hemoragik menyerang otak sehingga menyebabkan pembuluh darah di otak bocor atau pecah. Tusukan atau pecahnya pembuluh darah dapat menyebabkan pengumpulan darah dan penutupan ruang jaringan pada sel otak (Shoamanesh *et al*, 2021).

2.2.1 Etiologi

Stroke hemoragik dapat terjadi melalui berbagai mekanisme. Stroke hemoragik yang berhubungan dengan hipertensi adalah stroke dalam yang disuplai oleh arteri yang mengalami perforasi seperti ganglia basalis (50%), lobus serebral (10%-20%), thalamus (15%), pons, dan batang otak (10). % hingga 20%) dan otak kecil (10%), stroke lobar yang terjadi pada pasien usia lanjut berhubungan dengan angiopati amiloid serebral. Stroke hemoragik tidak hanya disebabkan oleh tekanan darah tinggi tetapi juga oleh tumor intrakranial, penyakit moyamoya, gangguan pembekuan darah, dan leukemia,

serta dipengaruhi juga oleh usia, jenis kelamin, ras/etnis, dan faktor genetik

(Setiawan, 2021).

2.1.3 Klasifikasi

Stroke hemoragik terdiri dari dua bagian yaitu hemoragik intraserebral (Perdarahan yang terjadi pada otak), hemoragik subaraknoid (perdarahan yang terjadi pada ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak)

1) Perdarahan Intra serebral (PIS)

Perdarahan Intra Serebral disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di dalam otak sehingga menyebabkan darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak (Hartati, 2020). Penyebab Perdarahan Intra Serebral (PIS) biasanya terjadi karena tekanan darah tinggi jangka panjang, setelah itu terjadi kerusakan dinding pembuluh darah dan salah satunya adalah terjadinya mikroaneurisma. Pemicu lainnya adalah stress fisik, emosi, peningkatan tekanan darah secara mendadak yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah. Sekitar 60-70% PIS disebabkan oleh hipertensi. Penyebab lainnya adalah deformitas pembuluh darah bawaan, gangguan koagulasi. Bahkan, 70% kasus berakibat fatal, terutama jika perdarahannya meluas (masif)(Hartati, 2020).

2) Perdarahan ekstra serebral / perdarahan subarachnoid (PSA) Perdarahan sub arachnoid adalah masuknya darah ke ruang subarachnoid baik dari tempat lain (perdarahan subarachnoid sekunder) dan sumber perdarahan berasal dari rongga subarachnoid itu sendiri (perdarahan subarachnoid primer) (Hartati, 2020). Adapun tanda dan gejala nya adalah :

- a. Nyeri kepala yang mendadak, intens dan terus menerus
- b. Perubahan tingkat kesadaran

- c. Muntah atau mual
- d. Fotobia (intoleransi terhadap cahaya)
- e. Defisit lokal ,mungkin termasuk hemiparises

2.1.4 Manifestasi klinis

Menurut (Fabiana, 2019) gejala umum stroke hemoragik adalah:

- 1) Kejang tanpa riwayat kejang
- 2) Mual atau muntah
- 3) Gangguan penglihatan
- 4) Kelumpuhan wajah atau kelumpuhan badan (hemiplegia)
- 5) Kesulitan berbicara
- 6) Bicara cadel atau cadel
- 7) Kesulitan menelan. Kesulitan menelan akibat kerusakan saraf kranial IX
- 8) Penurunan kesadaran
- 9) Pusing, mual, muntah, dan sakit kepala terjadi akibat peningkatan tekanan intrakranial dan edema serebral.

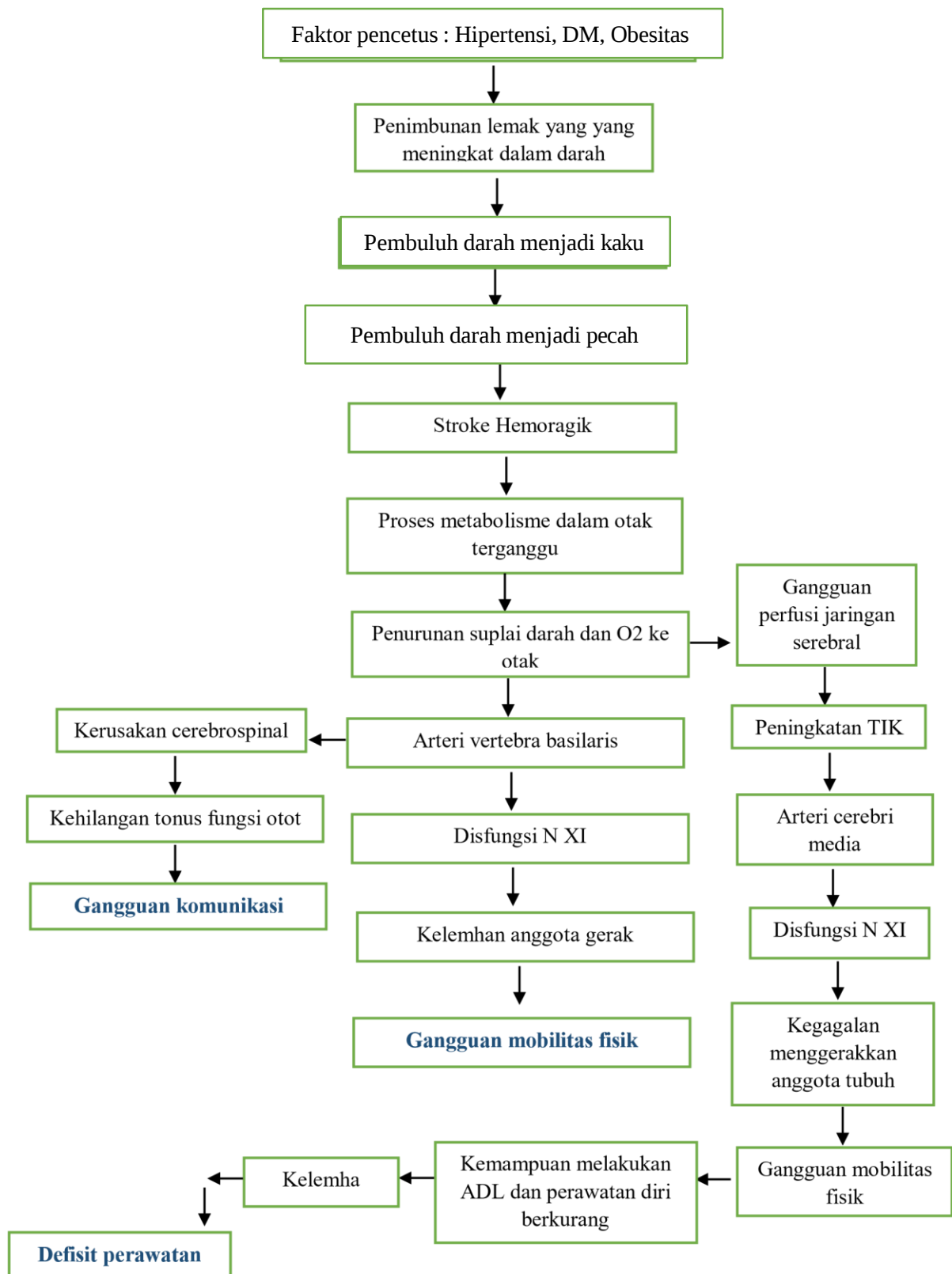
2.1.5 Patofisiologi

Faktor risiko utama yang meningkatkan risiko stroke hemoragik adalah tekanan darah tinggi. Tekanan darah tinggi merupakan faktor risiko potensial terjadinya stroke karena tekanan darah tinggi dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah di otak. Pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan pendarahan otak. Pembacaan tekanan darah di atas 180/120mmHg dianggap setingkat stroke, sangat tinggi dan memerlukan perhatian medis segera. (Annisa *et al*, 2022). Tekanan darah tinggi mempengaruhi sistem autoregulasi otak dan dapat menyebabkan

pembuluh darah di otak pecah atau menyempit. Otak adalah bagian tubuh yang sangat sensitif terhadap oksigen dan glukosa karena jaringan otak tidak dapat menyimpan kelebihan oksigen dan glukosa seperti yang dapat dilakukan otot. Otak memiliki berat sekitar 2% dari tubuh, namun mengkonsumsi sekitar 25% suplai oksigen dan 70% glukosa. Bila aliran darah ke otak terhambat maka terjadilah iskemia dan gangguan metabolisme otak sehingga mengakibatkan gangguan aliran darah otak. Area otak yang mengalami penurunan aliran darah di sekitarnya disebut penumbra. Jika aliran darah ke otak terhambat maka pasien dapat kehilangan kesadaran lebih dari 30 detik, dan jika aliran darah ke otak terhambat lebih dari empat menit maka dapat terjadi kerusakan jaringan otak permanen (Tarwoto, 2013 dalam Geofani, 2017)

Keluhan Stroke hemoragik biasanya disertai defisit neurologis fokal dengan perubahan mendadak seperti sakit kepala, muntah, kejang, tekanan darah sangat tinggi, dan penurunan kesadaran. Gejala awal yang paling umum adalah sakit kepala. Pada semua pasien stroke hemoragik, evaluasi klinis memerlukan pemeriksaan neurologis umum terhadap tingkat kesadaran dan tanda-tanda vital. Secara umum, kondisi pasien stroke hematopoietik lebih buruk dibandingkan pasien stroke iskemik (Setiawan, 2020). Stroke menyebabkan kelumpuhan separuh atau seluruh tubuh, dan penderita cenderung mengalami kesulitan dalam beraktivitas sehari-hari sehingga menyebabkan defisit dalam perawatan diri (Ambarwati & Wiwin, 2021).

2.1.6 Patway



2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Unnithan & Mehta, (2021) penatalaksanaan stroke hemoragik diantaranya adalah :

1) Manajemen Tekanan Darah

Tekanan darah harus di turunkan secara bertahap hingga 120/80mmHg, menggunakan beta - blocker (labetalol, esmolol), ACE inhibitor (enalapril), antagonis kalsium (nicardipine) atau hydralazine.

2) Manajemen Peningkatan Intrakranial (TIK)

Penatalaksanaan awal yang di lakukan untuk manajemen peningkatan tekanan intrakranial adalah meninggikan kepala tempat tidur hingga 30 derajat dan agen osmotik (manitol, salin hipertonik). Manitol 20% diberikan dengan dosis 1,0 hingga 1,5 g/kg.

3) Terapi Hemostatik

Terapi hemostatik diberikan untuk mengurangi perkembangan hematoma. Ini sangat penting untuk mengembalikan gangguan atau pembekuan darah pada pasien yang menggunakan antikoagulan.

4) Terapi Antiepilepsi

Sekitar 3 sampai 17% penderita stroke hemoragik akan mengalami kejang dalam dua minggu pertama, dan 30% pasien akan menunjukkan aktivitas kejang listrik pada pemantauan electroencephalogram (EEG). Mereka yang mengalami kejang klinis atau kejang elektrografik harus diobati dengan obat antiepilepsi.

5) Pembedahan

Berbagai jenis penatalaksanaan bedah pada stroke hemoragik adalah kraniotomi, kraniektomi dekompresi, aspirasi stereotaktik, aspirasi

endoskopik dan aspirasi kateterisasi.

6) Penatalaksanaan umum

Penatalaksanaan medis yang baik, asuhan keperawatan, dan rehabilitasi juga sangat penting dalam manajemen stroke hemoragik untuk mengurangi kecacatan pada penderita stroke hemoragik.

2.1.6 Komplikasi

Menurut Hutagalung, (2020) komplikasi yang dapat terjadi pada Stroke Hemoragik adalah sebagai berikut :

1) Fase Akut

- a) Hipoksia serebral dan menurunnya peredaran darah pada otak Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan akibat perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah di otak. Pada fase akut terjadi 24-48 jam pertama setelah stroke, tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen yang menyebabkan hipoksia pada jaringan otak. Fungsi otak akan sangat tergantung pada tingkat kerusakan dan lokasinya. Sirkulasi darah ke otak sangat tergantung pada tekanan darah, fungsi jantung atau kardiak output, keutuhan pembuluh darah. Sehingga pada pasien dengan stroke keadekuatan sirkulasi darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik untuk mencegah terjadinya hipoksia serebral.
- b) Edema serebri merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi ketika suatu area mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi

tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga mengakibatkan terjadinya pembengkakan jaringan otak.

- c) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK) Peningkatan massa di otak seperti adanya perdarahan atau edema serebral akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai dengan gangguan neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, sakit kepala, penurunan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat menyebabkan jaringan dan cairan otak begeser dari posisinya sehingga mendesak area di sekitarnya yang dapat mengancam kehidupan.
- d) Aspirasi Pasien stroke dengan penurunan kesadaran atau koma sangatrentan terhadap adanya aspirasi karena kurangnya reflek batuk dan menelan

2) Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut

- a) Komplikasi yang sering terjadi pada fase lanjut atau penyembuhan, biasanya terjadi akibat imobilitas seperti pneumonia, dekubitus, kontraksi, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urin
- b) Kejang, akibat kerusakan otak
- c) Sakit kepala kronis seperti migraine, sakit kepala tension, sakitkepala clauster
- d) Malnutrisi, karena intake yang tidak adekuat.

2.2 Konsep Defisit Perawatan Diri

2.2.1 Defenisi

Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan atau ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berganti pakaian, makan dan eliminasi (Ambarwati & Wiwin, 2021). Defisit perawatan diri merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami hambatan ataupun gangguan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi untuk dirinya sendiri (Tumanduk dkk, 2018).

2.2.2 Etiologi

Ada faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan mandi yaitu :

- 1) Citra tubuh Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya karena adanya perubahan fisik sehingga individu tidak perduli terhadap kebersihannya.
- 2) Status sosial ekonomi Mandi memerlukan alat dan bahan seperti sabun, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya Pengetahuan tentang kebutuhan mandi sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan
- 3) Variabel kebudayaan disebagian masyarakat jika individu sakit tidak boleh dimandikan.
- 4) Kondisi fisik Pada keadaan tertentu atau sakit kemampuan untuk merawat diri berkurang dan memerlukan bantuan.

2.2.3 Manifestasi Klinis

Menurut Herdman & Kamitsuru, (2018) manifestasi klinis defisit

perawatan diri yaitu :

- 1) Defisit perawatan diri mandi
- 2) Pada klien yang mengalami ketidakmampuan mengakses kamar mandi, ketidakmampuan dalam menjangkau sumber air, ketidakmampuan dalam mengeringkan tubuh, ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi, ketidakmampuan mengatur air mandi, serta ketidakmampuan membasuh tubuh pada saat mandi.
- 3) Defisit perawatan diri berpakaian/berhias

Pada klien yang mempunyai atau mengalami kelemahan dalam meletakan atau mengambil pakaian seperti baju/celana, hambatan mengenakan pakaian, hambatan menggunakan pakaian pada bagian tubuh atas atau bawah, hambatan menggunakan alat bantu, hambatan menggunakan retsleting dan ketidakmampuan mengancingkan pakaian serta hambatan mempertahankan penampilannya.

- 4) Defisit perawatan diri eliminasi

Pada klien yang memiliki keterbatasan atau ketidakmampuan melakukan *hygiene* eliminasi secara baik, ketidakmampuan menyiram toilet, ketidakmampuan mencapai toilet, ketidakmampuan naik ke toilet, serta ketidakmampuan untuk duduk di toilet.

- 5) Defisit perawatan diri makan dan minum

Ketidakmampuan klien untuk melakukan atau untuk menyelesaikan aktivitas makan dan minum secara mandiri.

- 6) Tanda dan Gejala Mayor Defisit Perawatan Diri

Subjektif : menolak melakukan perawatan diri

Objektif : Tidak mampu melakukan mandi, mengenakan pakaian, makan,

berhias, ketoilet, berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.

2.3 Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahapan utama dari keseluruhan proses keperawatan yang tujuannya adalah mengumpulkan data pasien. Agar mampu mengidentifikasi masalah pasien, kebutuhan kesehatan dan keperawatan baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Sinulingga, 2019). Pengkajian yang harus dilakukan yaitu :

1) Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, (umumnya terjadi pada usia tua), agama, jenis kelamin, pendidikan, alamat, jam masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosis medis.

2) Keluhan Utama

Biasanya keluhan yang didapatkan pada pasien stroke adalah kelemahan anggota gerak separuh badan, berbicara tidak lancar, ketidakmampuan berkomunikasi dan penurunan kesadaran.

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung mendadak, terjadi pada saat pasien melakukan aktivitas, setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari dan tidak terjadi perdarahan. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lainnya.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes militus, penyakit jantung, anemia,

riwayat trauma kepala, merokok dan obesitas.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Pada pasien stroke biasanya mempunyai riwayat keluarga yang menderita diabetes melitus, hipertensi, atau adanya riwayat stroke pada keturunan sebelumnya.

6) Riwayat Psiko – Sosial – Spiritual

Peran pasien dalam keluarga, status emosi, interaksi sosial yang terganggu, rasa cemas yang berlebihan, status dalam pekerjaan, kegiatan ibadah selama dirumah dan dirumah sakit.

7) Pola – Pola Fungsi Kesehatan

- a. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat Biasanya ada riwayat perokok, penggunaan alkohol, dan penggunaan obat kontrasepsi oral.
- b. Pola nutrisi dan metabolisme Adanya kesulitan menelan, kehilangan nafsu makan, mual dan muntah yang parah.
- c. Pola eliminasi Biasanya terjadi inkontensia urin dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus.
- d. Pola aktivitas dan latihan adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise, atau hemiplegi, mudah lelah.
- e. Pola tidur dan istirahat Biasanya pasien mengalami kesukaran untuk istirahat, karena kejang otot atau nyeri otot.
- f. Pola hubungan dan peran Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.
- g. Pola persepsi dan konsep diri Pasien merasa tidak berdaya, tidak ada

harapan, dan mudah marah, tidak kooperatif.

- h. Pola sensori dan kognitifif Pasien mengalami pola kogitif penurunan memori.
- i. Pola penanggulangan stress Pasien kesulitan mengatasi masalah gangguan proses berfikir dan kesulitan berkomunikasi.
- j. Pola tata nilai dan kepercayaan pasien jarang melakukan ibadah karena tingkah laku tidak stabil, kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

8). Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan tingkat kesadaran

Menurut Hartati, (2020) tingkat kesadaran merupakan parameter utama yang sangat penting pada penderita stroke. Perlu dikaji secara teliti dan secara komprehensif untuk mengetahui tingkat kesadaran dari klien dengan stroke. Macam- macam tingkat kesadaran terbagi atas: Metode tingkat Responsivitas atau Kualitatif

- 1) Compos Mentis : kondisi seseorang yang sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun terhadap lingkungannya dan dapat menjawab pertanyaan yang dinyatakan pemeriksa dengan baik.
- 2) Apatitis : yaitu kondisi seseorang yang tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya.
- 3) Delirium : yaitu kondisi seseorang yang mengalami kekacauan gerakan, siklus tidur bangun yang terganggu dan tampak gaduh gelisah, kacau, disorientasi serta meronta – ronta.
- 4) Somnolen : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk namun masih dapat sadar bila dirangsang, tetapi bila rangsang berhenti akan tertidur

kembali.

- 5) Sopor : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk yang dalam, namun masih dapat dibangunkan dengan rangsang yang kuat, misalnya rangsang nyeri, tetapi tidak terbangun sempurna dan tidak dapat menjawab pertanyaan dengan baik.
- 6) Semi – Coma : yaitu penurunan kesadaran yang tidak memberikan respons terhadap pertanyaan, tidak dapat dibangunkan sama sekali, respons terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik.
- 7) Coma : yaitu penurunan kesadaran yang sangat dalam, memberikan respons terhadap pernyataan, tidak ada gerakan, dan tidak ada respons terhadap rangsang nyeri(Hartati, 2020).

Berikut adalah tingkat kesadaran berdasarkan skala nilai Glosgow Coma Scale (GCS) yang di dapat dari penilaian kepada klien :

- (1) Compos Mentis : 15 – 14
- (2) Apatis : 13 – 12
- (3) Delirium : 11 – 10
- (4) Somnolen : 9 – 7
- (5) Sopor : 6 – 5
- (6) Semi – Coma : 4
- (7) Coma : 3

b. Tanda – Tanda Vital

- 1) Tekanan darah : pada pasien stroke biasanya memiliki riwayat hipertensi yaitu sistole >140 dan diastole >80.
- 2) Nadi : biasanya diatas normal yaitu lebih dari 100x/menit

3) Pernafasan : pasien stroke hemoragik biasanya mengalami penurunan kesadaran maka terjadi peningkatan produksi secret yang berlebihan yang dapat menyumbat aliran udara dari hidung ke paru – paru, biasanya pasien stroke memiliki suara nafas tambahan yaitu ronkhi / wheezing dan frekuensi napasnya diatas 30x/menit.

4) Suhu : pada pasien stroke biasanya tidak ada masalah

c) Pemeriksaan Head To Toe

a) Pemeriksaan Kepala

Kepala : Pada umumnya tidak ada kelainan pada bentuk kepala pasien

Wajah : Biasanya pada wajah klien Stroke terlihat miring kesalah satu sisi.

Mata : Pada umumnya tidak ada kelainan pada mata pasien

Mulut : Biasanya pada penderita Stroke, akan mengalami kondisi mulut yang miring kesamping kiri ataupun kanan.

b) Pemeriksaan Ekstremitas: Penderita Stroke biasanya akan mengalami kelemahan pada bagian Ekstremitas atas maupun bawah yaitu tangan dan kaki klien.

c) Pemeriksaan Dada Pada inspeksi biasanya didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan.

d) Pemeriksaan Abdomen

Pada pemeriksaan Inspeksi pada umumnya berbentuk simetris dan tidak tampak adanya pembengkakan, pada pemeriksaan Palpasi biasanya tidak ada pembesaran hepar dan tidak ada nyeri tekan, pada

pemeriksaan Perkusi biasanya terdapat suara timpani dan pada pemeriksaan Auskultasi biasanya bising usus pasien terdengar

e) Pemeriksaan Genitalia Biasanya klien Stroke dapat mengalami inkontinensia urinarius sementara karena kebingungan dan ketidakmampuan mengungkapkan kebutuhan dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural

2.3.2 Diagnosa

Diagnosis Keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (PPNI, 2017). Menurut SDKI, Diagnosis Stroke adalah :

- a. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
- b. Neuromuskuler di buktikan dengan klien tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, berhias secara mandiri
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler di buktikan dengan klien mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas
- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dibuktikan dengan klien tidak mampu berbicara atau mendengar

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan dengan masalah keperawatan Defisit perawatan diri

N O	DIAGNOSA	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskuler (D.0109)	Perawatan Diri (L.11103) Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam di dapatkan diharapkan Meningkat dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3) Kemampuan ke toilet (bab/bak) 4) Minat melakukan perawatan diri meningkat	Observasi: 1) Identifikasi jenis bantuan yang di butuhkan 2) Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku) Terapeutik: 3) Sediakan peralatan mandi (mis.sabun, sikat gigi, shampo) 4) Sediakan lingkungan yang aman dan Nyaman 5) Fasilitas menggosokgigi, sesuai kebutuhan 6) Fasilitas mandi, sesuai kebutuhan pertahankan kebiasaan kebersihan diri 7) Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian Edukasi: 8) Jelaskan manfaat mandi dan dampak Tidak mandi terhadap kesehatan 9) Ajarkan kepada keluarga cara Memandikan Kolaborasi: 10) Kolaborasi dengan tim medis
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0054)	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik menurun dengankriteria hasil: 1) Pergerakan Ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi(L.05173) Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung 4) Identifikasi adanya nyeriatau keluhan fisik lainnya 5) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 6) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 7) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 8) Monitor kekuatan otot Terapeutik 9) Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu 10) Libatkan keluarga untuk membantu px dalam meningkatkan pergerakan 11) Fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu Edukasi 12) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 13) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) 14) Jelaskan Tujuan mengajarkan mobilisasi sederhana bisa membantu px dalam meningkatkan kekuatan ototnya kembali 15) Melakukan pendidikan Kesehatan

			16) Melakukan teknik latihan ROM
3	Gangguan komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0119)	Komunikasi Verbal (L.13118) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil: 1) Kemampuan berbicara meningkat 2) Kemampuan mendengar meningkat 3) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 4) Kontak mata meningkat 5) Afasia menurun 6) Disfasia menurun 7) Apraksia menurun 8) Disartria menurun 9) Pelo menurun 10) Gagap menurun 11) Respon perilaku membaik 12) Pemahaman komunikasi membaik	Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (I.13492) Observasi : 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi Bicara 2) Monitor proses kognitif, anatomis, fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3) Monitor frustrasi, marah depresi atau hal lain yang mengganggu bicara 4) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik : 5) Gunakan metode komunikasi alternatif 6) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan 7) Berikan dukungan psikologis Edukasi : 8) Anjurkan berbicara perlahan 9) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara Kolaborasi : 10) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis.

3.1.1 Implementasi keperawatan

Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018).

3.1.2 Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambungan dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada perencanaan (Chye & Han, 2018). Jenis evaluasi yang digunakan adalah evaluasi berjalan/formatif dengan memakai format SOAP yaitu :

- 1) S : Data Subyektif Adalah perkembangan keadaan yang didasarkan pada

apa yang dirasakan, dikeluarkan dan dikemukakan pasien.

- 2) O: Data Obyektif Adalah perkembangan yang bisa diamati dan diukur oleh perawat atau tim kesehatan lain.
- 3) A : Analisis Adalah penelitian dari kedua jenis data (baik subyektif maupun obyektif) apakah berkembang ke arah perbaikan atau kemunduran.
- 4) P : Perencanaan Adalah rencana penanganan pasien yang didasarkan pada hasil analisis diatas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi.