

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Medis

2.1.1 Defenisi

Stroke iskemik terjadi ketika pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak menyempit sehingga sangat mengurangi aliran darah ke otak. Kondisi ini disebut juga iskemia. Stroke iskemik dapat dibagi menjadi dua jenis: stroke trombotik dan stroke emboli (Maria, 2021).

2.1.2 Etiologi

Adapun faktor penyebab pada stroke iskemik adalah (Ferawati, 2020):

a) Faktor Predisposisi

1. Usia

Stroke dapat menyerang siapa saja, semakin tua usiaseseorang maka semakin besar kemungkinan terkena stroke. Penderita stroke semakin banyak yang berusia di atas 50 tahun. Pada usia tersebut seluruh organ tubuh termasuk pembuluh darah otak menjadi rapuh.

2. Riwayat keluarga

Risiko terjadinya stroke meningkat dengan adanya riwayat keluarga seseorang yang mempunyai anggota keluarga seperti ayah atau ibu, kakek atau nenek yang menderita stroke. Kebanyakan orang yang menderita stroke mempunyai riwayat keluarga stroke. Keturunan penderita stroke mengalami perubahan tanda awal aterosklerosis, yaitu zat lemak menumpuk

di bawah lapisan dinding pembuluh darah sehingga dapat memicu stroke. Beberapa penelitian lain menunjukkan bahwa stroke nonhemoragik familial mencerminkan hubungan antara faktor genetik dan disfungsi mukosa dinding koroner.

3. Jenis Kelamin

Terdapat perbedaan kecil dalam faktor risiko berdasarkan gender. Laki-laki lebih berisiko terkena stroke dibandingkan perempuan, namun perempuan lebih besar kemungkinannya meninggal akibat stroke. Stroke iskemik juga meningkat seiring bertambahnya usia dan sekitar 30% lebih sering terjadi pada pria. Pada wanita, stroke seringkali disebabkan oleh kehamilan, pil KB, dan aneurisma.

b) Faktor Presipitasi

1. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko terpenting terjadinya stroke iskemik dan stroke hemoragik. Pada hipertensi, pembuluh darah berada di bawah tekanan yang cukup besar. Jika proses kompresi berlangsung lama dapat melemahkan dinding pembuluh darah sehingga rapuh dan mudah pecah. Hipertensi juga dapat menyebabkan arterosklerosis dan penyempitan pembuluh darah sehingga mengganggu aliran darah ke jaringan otak.

2. Merokok

Merokok dapat merusak pembuluh darah dan menambah plak pada dinding pembuluh darah sehingga dapat menghambat aliran darah. Asap rokok mengandung beberapa zat yang merusak dinding arteri di seluruh tubuh, termasuk otak, jantung, dan anggota tubuh. Dengan demikian, merokok dapat menyebabkan arteriosklerosis, mengurangi sirkulasi dan menyebabkan pembekuan darah, sehingga meningkatkan risiko stroke.

3. Penyakit Jantung

Faktor risiko berikutnya adalah penyakit jantung, terutama penyakit yang disebut fibrilasi atrium, yaitu penyakit jantung dimana irama jantung tidak teratur pada ventrikel kiri bagian atas. Denyut jantung di atrium kiri empat kali lebih cepat dibandingkan di bagian jantung lainnya. Hal ini menyebabkan aliran darah tidak teratur dan terkadang pembekuan darah. Gumpalan ini kemudian dapat berpindah ke otak dan menyebabkan stroke.

4. Diabetes

Diabetes dapat mempercepat pembentukan plak pada pembuluh darah sehingga dapat memicu risiko stroke iskemik. Dikatakan seseorang mengidap penyakit diabetes melitus jika gula darah puasanya dan > 140 mg/dL atau tes 2 jam setelah makan > 200 mg/dL. Penderita diabetes cenderung mengalami

obesitas, obesitas dapat menyebabkan hipertensi dan kolesterol tinggi, keduanya merupakan faktor risiko stroke.

5. Alkohol

Mengonsumsi banyak alkohol dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah, penurunan sirkulasi darah otak dan gangguan irama jantung, serta gangguan motilitas pembuluh darah yang dapat menyebabkan terjadinya penggumpalan darah di otak.

2.1.3 Klasifikasi

Berikut jenis-jenis stroke iskemik berdasarkan mekanisme penyebabnya (Kusyani, 2022) antara lain:

1. Stroke trombotik adalah jenis stroke yang disebabkan oleh terbentuknya trombus yang membentuk gumpalan.
2. Stroke emboli adalah jenis stroke yang disebabkan oleh penyumbatan pada arteri akibat bekuan darah.

2.1.4 Patofisiologi

Stroke iskemik disebabkan oleh trombosis yang diakibatkan oleh plak aterosklerotik sehingga pembuluh darah otak atau emboli pembuluh darah ekstraserebral yang menempel pada arteri serebral. Ketika plak fibrotik (atheroma) terbentuk di area terbatas, seperti di mana arteri bercabang dua. Trombosit kemudian menempel pada permukaan plak bersama dengan fibrin, adhesi trombosit secara perlahan meningkatkan ukuran plak sehingga mengakibatkan terbentuknya trombus.

Trombus dan emboli di pembuluh darah pecah dan bergerak hingga tersangkut di pembuluh darah distal, yang kemudian

mengurangi aliran darah ke otak, sehingga sel-sel otak kehilangan nutrisi dan oksigen. Sel-sel otak mengalami kekurangan oksigen dan glukosa sehingga menyebabkan asidosis atau tingginya kadar asam dalam tubuh, kemudian asidosis menyebabkan natrium klorida dan air masuk ke sel otak dan kalium keluar dari sel otak sehingga menyebabkan pembengkakan lokal. Kalium kemudian masuk dan memicu serangkaian radikal bebas yang merusak membran sel dan menyusut dan tubuh mengalami defisit neurologis dan mati (Sulistiawaty, 2020)

Infark iskemik serebral berkaitan erat dengan aterosklerosis dan arteriosklerosis. Aterosklerosis dapat menimbulkan berbagai gejala klinis:

- a. Lumen pembuluh darah menyempit dan menyebabkan kegagalan, atau jantung tidak mampu memompa cukup darah ke seluruh tubuh.
- b. Penyumbatan pembuluh darah secara tiba-tiba akibat trombus darah dan pendarahan berkepanjangan.
- c. Trombus bisa terbentuk, yang kemudian pecah seperti gumpalan.
- d. *Aneurisma* disebabkan oleh melemah atau menipisnya dinding pembuluh darah sehingga mudah pecah.

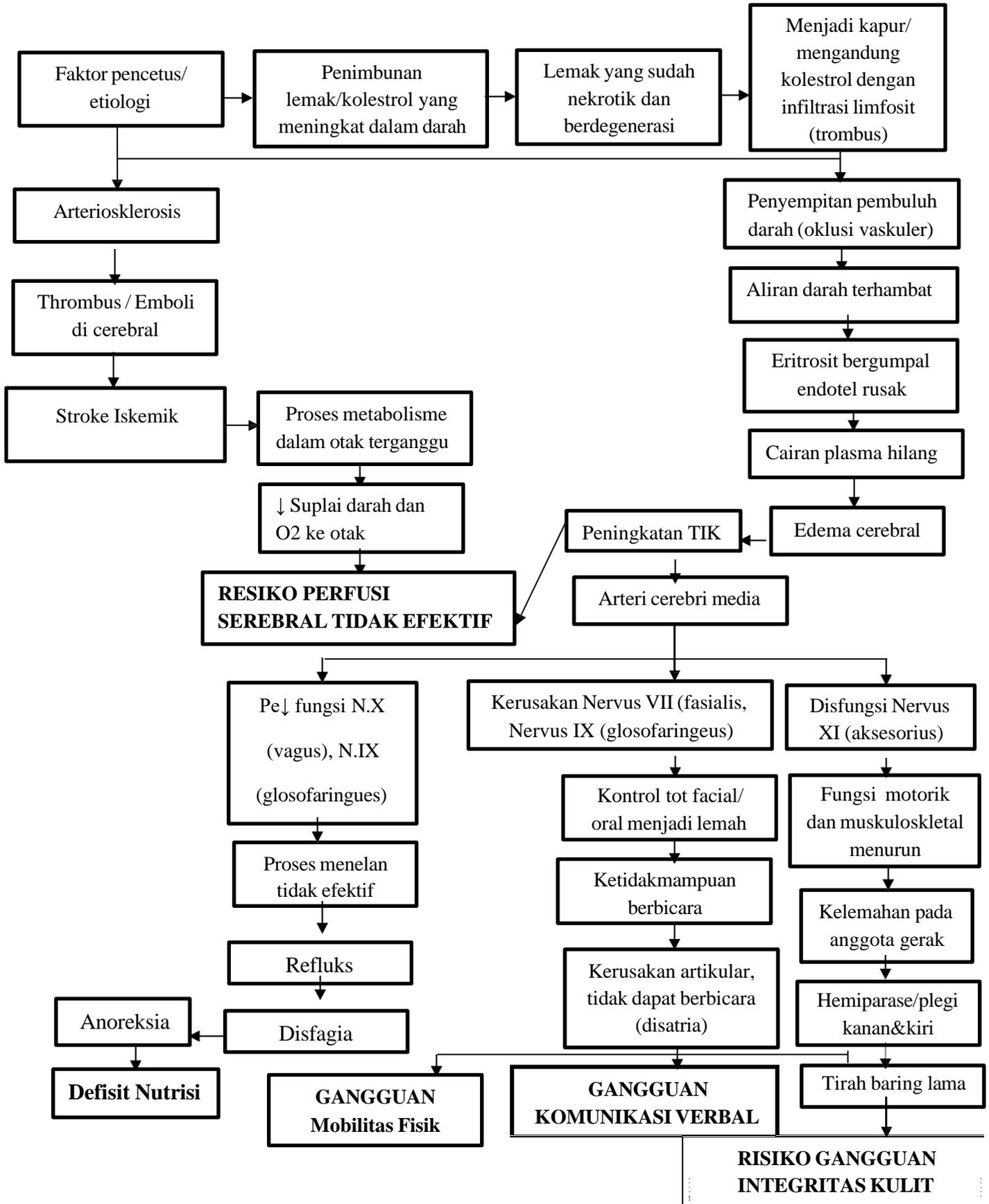
Faktor yang mempengaruhi sirkulasi serebral:

- a. Kondisi pembuluh darah.
- b. Keadaan darah: kekentalan darah meningkat, hematokrit meningkat, aliran darah di otak melambat, anemia berat, kandungan oksigen otak menurun.

- c. Tekanan darah sistemik mempengaruhi perfusi otak. Autoregulasi otak adalah kemampuan bawaan pembuluh darah serebral untuk mengatur pembuluh darah serebral agar tetap konstan meskipun terjadi perubahan tekanan perfusi serebral.
- d. Gangguan jantung menurunkan curah jantung dan menyebabkan *iskemia serebral* akibat keluarnya *embolus*. Aliran darah ke otak dapat diubah pada gangguan fokal (*trombus*, emboli, perdarahan dan *vasospasme*) atau gangguan umum (hipoksia akibat penyakit paru-paru dan jantung).

Aterosklerosis adalah faktor umum/penting yang mempengaruhi otak. Trombus berasal dari plak aterosklerotik, atau darah dapat menggumpal di area stenosis yang aliran darahnya lambat atau bergejolak. Oklusi pembuluh darah otak akibat emboli menyebabkan edema dan nekrosis, diikuti oleh trombosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan otak yang sangat besar menyebabkan kematian dibandingkan penyakit serebrovaskular pada umumnya. anoreksia serebral dapat kembali dalam jangka waktu 4-6 menit. Perubahan yang tidak dapat diubah dapat menyebabkan anoksia yang berlangsung lebih dari 10 menit. Kejang dapat disebabkan oleh berbagai macam kelainan, salah satunya henti jantung.

2.1 Gambar Patway/Patofisiologi Stroke Iskemik



2.1.5 Manifestasi Klinis

Ada beberapa gambaran klinis yang sering terjadi pasca serangan stroke iskemik yaitu (Hutagalung, 2019):

1. Hemiparese dekstra

Dari gejala-gejala yang dapat mengakibatkan terjadinya stroke iskemik, gambaran klinis yang paling sering terjadi adalah hemiplegia (hemi-parese) karena cabang-cabang serebri media yang sering mengalami gangguan. Salah satu sisi otak akan mengontrol fungsi-fungsi bagian tubuh pada sisi yang berlawanan sehingga seseorang yang mengalami kelemahan atau kelumpuhan pada sisi sebelah kanan tubuhnya (hemi-parese dekstra).

2. Hemiparese sinistra

Penderita stroke iskemik yang mengalami Hemiparese sinistra ini akan mengakibatkan terjadinya kelumpuhan pada sebelah kiri lengan atau kakinya.

3. Hemiparese dupleks

Penderita stroke iskemik yang mengalami hemiparese dupleks ini akan mengakibatkan terjadinya kelemahan pada kedua bagian tubuh sekaligus bahkan dapat sampai mengakibatkan kelumpuhan.

2.1.6 Komplikasi

Menurut Hutagalung (2019), komplikasi umum setelah stroke iskemik yaitu bahu yang kaku, terjadinya pneumonia (infeksi paru-paru), adanya trombosis vena dalam dan emboli paru, borok (dekubitus), kejang (konvulsi), dan klien akan mengalami masalah kesehatan mental

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Stroke Iskemik antara lain (Maria, 2021).

a) Penatalaksanaan Keperawatan

1. Bedrest total dengan posisi kepala head up 15° - 30°
2. Berikan terapi oksigen 2-3 L/menit dengan nasal kanul
3. Pasang infus IV sesuai kebutuhan
4. Monitor ketat kelainan-kelainan neurologis yang timbul
5. Berikan posisi miring kanan dan kiri per 2 jam dan observasi pasca pemberian posisi
6. Berikan teknik mencubit 2 jari kaki untuk mengetahui apakah ada edema (pembengkakan). Apabila tidak dapat dicubit, tanda tersebut positif.
7. Berikan teknik mencubit daerah perut dengan kedua ujung jari (bukan kedua kuku). Jika Turgor kembali cepat kurang dari 2 detik berarti keelastisitasan kulit normal.

b) Penatalaksanaan Medis

1. Pemberian alteplase dengan dosis 0.6-0.9 mg/kgBB dengan onset <6 jam sebagai trombolisis intravena
2. Trombektomi mekanik dengan oklusi karotis interna atau pembuluhdarah intracranial dengan onset <8 jam sebagai terapi endovascular
3. Pemberian obat-obatan seperti nicardipin, ACE inhibitor, BetaBloker, Diuretik, calcium antagonist sebagai manajemen hipertensi.
4. Pemberian obat-obatan seperti anti diabetic oral atau pemberian

insulin sebagai manajemen gula darah.

5. Pemberian obat-obatan antikoagulan seperti dabigatran, warfarin dll.
6. Pemberian obat-obatan neuroprotektor seperti citicholin, piracetan, pentoxifyline, dll.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien stroke iskemik antara lain (Oktavianus, 2014).

1. MRI (Magnetic Resonance Imaging) Pemeriksaan MRI menunjukkan daerah yang mengalami infark atau hemoragik.
2. EEG (Electro Encephalografi): Pemeriksaan EEG memperlihatkan daerah lesi yang spesifik
3. Ultrasonografi Dopler Pemeriksaan Ultrasonografi Doppler mengidentifikasi penyakit arteriovena
4. Sinar X/ foto Rontgen: Pemeriksaan foto rontgen menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal
5. CT Scan: Pemeriksaan CT Scan memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark
6. Angiografi Serebral Pemeriksaan angiografi serebral membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri
7. Pungsi Lumbal Pemeriksaan pungsi lumbal menunjukkan adanya tekanan normal. Karena adanya tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah sehingga menunjukkan adanya perdarahan.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan upaya mengumpulkan informasi secara komprehensif dan sistematis, dimulai dengan pengumpulan data, identitas dan pengkajian status kesehatan klien (Tarwoto, 2015) Beberapa hal yang harus dikaji yaitu:

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur (terutama usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, kewarganegaraan, tanggal dan waktu MRS, nomor registrasi dan diagnosa medis.

b. Keluhan Utama

Kelemahan anggota badan, bicara pelo, ketidakmampuan berkomunikasi, dan tingkat kesadaran adalah alasan umum klien mencari pertolongan medis.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Seringkali stroke terjadi sangat tiba-tiba pada saat klien beraktivitas. Sakit kepala, mual, muntah, bahkan kejang hingga kehilangan kesadaran sering terjadi, selain gejala hemiplegia atau gangguan otak lainnya. Tingkat kesadaran menurun atau berubah akibat perubahan intrakranial. Keluhan tentang perubahan perilaku juga sering terjadi. Seiring berkembangnya penyakit, letargi, tidak responsif, dan koma dapat terjadi.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat hipertensi, stroke sebelumnya, diabetes, penyakit jantung, anemia, trauma kepala, kontrasepsi oral jangka panjang, antikoagulan, aspirin, vasodilator, pecandu narkoba, dan obesitas. Pengkajian penggunaan obat yang biasa digunakan klien, seperti obat tekanan darah, antilipidemia, dll. Ada riwayat merokok, alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian riwayat penyakit saat ini dan menjadi informasi dasar untuk pengkajian lebih dalam dan tindakan selanjutnya.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya terdapat riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes, atau stroke pada generasi sebelumnya.

f. Pengkajian Psikososiospiritual

Pengkajian psikologis klien stroke mencakup beberapa dimensi yang memungkinkan perawat memperoleh pemahaman yang jelas tentang keadaan emosional, kognitif, dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting ketika menilai reaksi emosional klien terhadap penyakitnya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat, serta reaksi atau dampaknya dalam kehidupan sehari-hari, termasuk keluarga dan masyarakat.

g. Pemeriksaan Fisik

1. Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk, namun dapat sadar bila diberi rangsangan (sammolen), pasien acuh terhadap lingkungan (apati), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hilang kesadaran (koma), GCS < 12 pada awal mengalami stroke. Sementara itu, selama masa pemulihan, pasien biasanya mengalami kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15.

2. Tanda-tanda Vital

1) Tekanan Darah

Pada umumnya penderita stroke iskemik mempunyai tekanan darah tinggi dengan tekanan sistolik > 140 dan diastol > 80. Tekanan darah naik dan turun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat stroke menjadi normal dalam 2-3 hari pertama.

2) Nadi

Nadi biasanya normalnya 60-100X/menit.

3) Pernapasan

Biasanya pasien stroke iskemik mengalami gangguan bersihan jalan napas.

4) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien stroke iskemik.

3. Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien stroke iskemik.

4. Wajah

Pada umumnya simetris, wajah pucat. Pemeriksaan saraf V (Trigeminus): biasanya pasien dapat menyebutkan lokasi usapan dan pada keadaan koma, bila kornea digosok dengan kapas yang lembut, pasien menutup kelopak mata. Sedangkan saraf VII (wajah): biasanya alisnya simetris, bisa menaikkan alis, mengerutkan kening, mengerutkan hidung, menggembungkan pipi, bila pasien menggembungkan pipi kiri dan kanan tidak simetris, tergantung pada posisi alis lemas dan saat disuruh mengunyah pasien kesulitan mengunyah.

5. Mata

Secara umum konjungtiva tidak anemia, sklera tidak ikterus, pupil besar, kelopak mata tidak bengkak. Pemeriksaan saraf II (optik): biasanya lapang pandang baik 90°, tajam penglihatan 6/6. Saraf III (okulomotor): normalnya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokhorik dan anisokorik, refleks berkedip dan berkedip dapat dinilai jika pasien mampu membuka mata. Saraf IV (troklear): Pasien biasanya dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah. Saraf VI (abducens) : Biasanya hasil yang diperoleh pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan ke kanan.

6. Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, pernapasan cuping hidung tidak ada. Pemeriksaan saraf I (penciuman): kadang ada yang bisa menyebutkan aroma bau yang diberikan perawat, namun ada juga yang tidak bisa, dan biasanya ketajaman penciumannya berbeda antara saraf kiri dan kanan serta saraf VIII (vetibulocochlear): biasanya pasien yang tidak lemah bagian tubuh atas dapat melakukan keseimbangan tangan dan hidungnya.

7. Mulut dan gigi

Biasanya pasien apatis, sopor bahkan coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor dan selaput lendir bibir kering

8. Telinga

Pada umumnya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari yang dilakukan oleh perawat tergantung dimana lokasi ketidakmampuan mendengarkannya dan pasien hanya dapat mendengar jika suara dan keras dengan artikulasi yang jelas.

9. Leher

Penderita stroke iskemik biasanya mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kekakuan leher biasanya (+) dan Bludzensky 1 (+).

10. Paru-Paru

Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan

Palpasi : biasanya tremor halus antara kiri dan kanan

Perkusi : biasanya normal sonor

Auskultasi : biasanya nada vesikular normal

11. Jantung

Inspeksi: umumnya ictus cordis tidak terlihat

Palpasi: umumnya ictus cordis tidak teraba

Perkusi: biasanya batas jantung normal

Auskultasi: biasanya bunyi vesikuler

12. Abdomen

Inspeksi: biasanya simetris, tanpa asites

Palpasi: hepar biasanya tidak membesar

Perkusi: biasanya ada suara timpani

Auskultasi: pasien biasanya tidak terdengar bising usus

13. Ekstremitas

1) Atas

Capillary refill time (CRT) biasanya normal yaitu < 2 detik. Saat memeriksa saraf XI (saraf bantu): Pasien dengan stroke iskemik biasanya tidak mampu menahan resistensi perawat terhadap bahu. Pada uji refleks tidak terdapat respon, fleksi dan ekstensi siku (refleks bisep (-)) pada saat siku ditepuk.

2) Bawah

Bila telapak kaki tergores, jari-jari kaki biasanya tidak melebar.

h. Aktivitas dan Istirahat

1) Gejala: Kesulitan melakukan aktivitas karena lemah, kehilangan sensasi atau kelumpuhan (hemiplegia), mudah lelah, sulit istirahat (nyeri atau kejang otot).

2) Tanda: Gangguan tonus otot, kelumpuhan (hemiplegia) dan kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan kesadaran.

i. Sirkulasi

1) Gejala: penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipertensi.

2) Tanda: hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme atau malformasi vaskuler, frekuensi nadi bervariasi dan disritmia (detak jantung yang tidak normal).

j. Integritas Ego

1) Gejala: Perasaan tidak berdaya dan putus asa

2) Tanda: Emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

k. Eliminasi

1) Gejala : Pola eliminasi mengalami perubahan

2) Tanda: Distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif.

l. Makanan atau Cairan

- 1) Gejala : kehilangan nafsu makan, mual, muntah selama fase akut, gangguan sensitivitas lidah dan tenggorokan, disfagia, diabetes, peningkatan kadar lemak darah
- 2) Tanda : Kesulitan menelan dan obesitas

m. Neurosensori

- 1) Gejala: sakit kepala, lemah dan kesemutan, hilangnya rangsangan sensorik pada anggota tubuh berlawanan, gangguan penglihatan, kehilangan rasa dan penciuman.
- 2) Tanda: keadaan mental atau tingkat kesadaran biasanya terjadi pada tahap awal, penurunan kognitif, kelumpuhan wajah, afasia, ukuran atau respons pupil tidak teratur, kekakuan, kejang.

n. Pernapasan

- 1) Gejala : Merokok
- 2) Tanda: ketidakmampuan menelan atau batuk.

o. Keamanan

Tanda: Mengalami gangguan penglihatan, perubahan persepsi sensorik terhadap orientasi tubuh, ketidakmampuan mengenali objek, berkurangnya respon terhadap panas dan dingin, kesulitan menelan.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual dan potensial yang ditemuinya. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon individu klien, keluarga dan komunitas terhadap

situasi yang berhubungan dengan kesehatan. Diagnosa yang muncul pada kasus stroke iskemik (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017) yaitu:

- a. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas.
- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme.
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
- e. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Pasien dengan Risiko Gangguan Integritas Kulit

Diagnosis Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
<p>Risiko gangguan integritas kulit/jaringan (D.0139)</p> <p>Definisi : Berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3. Kekurangan/kelebihan volume cairan 4. Penurunan mobilitas 5. Bahan kimia iritatif 6. Suhu lingkungan yang 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit meningkat (L.14125) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Perfusi jaringan meningkat 4. Kerusakan jaringan menurun 5. Kerusakan lapisan kulit menurun 6. Nyeri menurun 7. Perdarahan menurun 8. Kemerahan menurun 9. Hematoma menurun 10. Pigmentasi abnormal menurun 11. Jaringan parut menurun 	<p>Perawatan Integritas Kulit (1.11353)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering

<p>ekstrem</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Faktor mekanis (mis. Penekanan, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energy listrik bertegangan tinggi) 8. Terapi radiasi 9. Kelembaban 10. Proses penuaan 11. Neuropati perifer 12. Perubahan pigmentasi 13. Perubahan hormonal 14. Penekanan pada tonjolan tulang 15. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan <p>Kondisi Klinis Terkait :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Imobilisasi 2. Gagal jantung kongestif 3. Gagal ginjal 4. Diabetes mellitus 5. Imunodefisiensi (mis. AIDS) 6. Kateterisasi jantung 	<ol style="list-style-type: none"> 12. Nekrotis menurun 13. Abrasi kornea menurun 14. Suhu kulit membaik 15. Sensai membaik 16. Tekstur membaik 17. Pertumbuhan rambut membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim 6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)</p> <p>Defenisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa protrombin parsial 2. Penurunan kinerja ventrikel kiri 3. Aterosklerosis aorta 4. Diseksi arteri 5. Fibrilasi atrium 6. Tumor otak 7. Stenosis karotis 8. Miksoma atrium 9. Aneurisma serebri 10. Koagulopati (misalnya anemia sel sabit) 11. Dilatasi kardiomiopati 12. Koagulasi intravaskuler diseminata 13. Embolisme 14. Cidera kepala 15. Hiperkolesteronemia 16. Hipertensi 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kognitif meningkat 3. Tekanan Intra Kranial (TIK) menurun 4. Sakit kepala menurun 5. Gelisah menurun 6. Kecemasan menurun 7. Agitasi menurun 8. Demam menurun 9. Nilai rata-rata tekanan darah membaik 10. Kesadaran membaik 11. Tekanan darah sistolik membaik 12. Tekanan darah diastolik membaik 	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (mean arterial pressure) 4. Monitor CVP (central venous pressure) 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor ICP (intra cranial pressure) 8. Monitor gelombang ICP 9. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure)

<p>17. Endokarditis infeksi 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. Tindakan operasi bypass)</p> <p>Kondisi Klinis Terkait :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke 2. Cedera kepala 3. Aterosklerotik aortik 4. Infark miokard akut 5. Diseksi arteri 6. Embolisme 7. Endokarditis infeksi 8. Fibrilasi atrium 9. Hiperkolesterolemia 10. Hipertensi 11. Dilatasi kardiomiopati 12. Koagulasi intravaskular diseminata 13. Miksoma atrium 14. Neoplasma otak 15. Segmen ventrikel kiri akinetik 16. Sindrom sick sinus 17. Stenosis karotid 18. Stenosis mitral 19. Hidrosefalus 20. Infeksi otak (mis. meningitis, ensefalitis, abses serebri) 	<p>13. Reflex saraf membaik</p>	<p>10. Monitor status pernapasan 11. Monitor intake dan output cairan 12. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler 3. Hindari manuver valsava 4. Cegah terjadinya kejang 5. Hindari penggunaan PEEP 6. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 7. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal 8. Pertahankan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
<p>Defisit Nutrisi (D.0019)</p> <p>Defenisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakmampuan menelan makanan 2. Ketidakmampuan mencerna makanan 3. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi 4. Peningkatan kebutuhan metabolisme 5. Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi) 6. Faktor psikologis (mis. Stres, keengganan untuk makan) <p>Kondisi Klinis Terkait :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik (L.03030) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot penguyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Serum albumin meningkat 5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 7. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat 8. Penyiapan dan 	<p>Manajemen Nutrisi (1.03119)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang

<ul style="list-style-type: none"> 2. Parkinson 3. Mobius syndrome 4. Cerebral palsy 5. Cleft lip 6. Cleft palate 7. Amyotropic lateral sclerosis 8. Kerusakan neuromuskular 9. Luka bakar 10. Kanker 11. Infeksi 12. AIDS 13. Penyakit Crohns's 14. Enterokolitis 15. Fibrosis kistik 	<p>penyimpanan makanan yang aman meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> 9. Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat 10. Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat 11. Perasaan cepat kenyang menurun 12. Nyeri abdomen menurun 13. Sariawan menurun 14. Rambut rontok menurun 15. Diare menurun 16. Berat badan membaik 17. Indeks massa tubuh membaik 18. Frekuensi makan membaik 19. Nafsu makan membaik 20. Bising usus membaik 21. Tebal lipatan kulit trisep membaik 22. Membran mukosa membaik 	<p>sesuai</p> <ul style="list-style-type: none"> 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu 7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antilemetik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu.
<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</p> <p>Definisi : Keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p> <p>Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 musculoskeletal 12. Gangguan neuromuscular 13. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia 14. Efek agen farmakologis 15. Program pembatasan gerak 16. Nyeri 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L05042) dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kaku sendi menurun 7. Gerak tidak terkoordinasi menurun 8. Gerak terbatas menurun 9. Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan Ambulasi (I.06171)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar

<p>17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik</p> <p>18. Kecemasan</p> <p>19. Gangguan kognitif</p> <p>20. Keengganan melakukan pergerakan</p> <p>21. Gangguan sensori-persepsi</p> <p>Kondisi Klinis Terkait :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke 2. Cedera medulla spinalis 3. Trauma 4. Fraktur 5. Osteoarthritis 6. Osteomalasia 7. Keganasan 		<p>mandi, berjalan sesuai toleransi</p>
<p>Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)</p> <p>Defenisi :</p> <p>Penurunan, perlambatan atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim dan/atau menggunakan system simbol.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan sirkulasi sereberal 2. Gangguan neuromuskuler 3. Gangguan pendengaran 4. Gangguan muskuloskeletal 5. Kelaian pelatum 6. Hambatan fisik (mis. terpasang trkheostomi, intubasi, krikotiroidektomi 7. Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi) 8. Hambatan pskiologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi) 9. hambatan lingkunagan (mis. Ketidacukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing) <p>Kondisi Klinis Terkait :</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat (L.13118) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Disleksia menurun 9. Disatria menurun 10. Afonia menurun 11. Dislalia menurun 12. Pelo menurun 13. Gagap menurun 14. Renspons perilaku membaik 15. Pemahaman komunikasi membaik 	<p>Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitias, volume, dan diksi bicara 2. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa) 3. Monitor frustasi, 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"> 1. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 2. 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) 3. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan

<ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke 2. Cedera kepala 3. Trauma wajah 4. Peningkatan tekanan intrakranial 5. Hipoksia kronis 6. Tumor 7. Miastenia gravis 8. Sklerosis multipel 9. Distropi meskuler 10. Penyakit Alzheimer 11. Kuadriplegia 12. Labiopalatoskizis 13. Infeksi laring 14. Fraktur rahang 15. Skizofrenia 16. Delusi 17. Paranoid 18. Autisme 		<p>bantuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ulangi apa yang disampaikan pasien 5. Berikan dukungan psikologis 6. Gunakan juru bicara, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berbicara perlahan 2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
--	--	---

(Sumber : Tim Pokja SDKI PPNI, 2018; Tim Pokja SIKI PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI PPNI, 2019)

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan bagian keempat dari proses keperawatan setelah penyusunan rencana asuhan keperawatan. Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien pulih dari masalah kesehatan yang dihadapinya ke status kesehatan yang lebih baik yang mengacu pada kriteria hasil yang diharapkan. Secara teori, implementasi asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Asuhan keperawatanyang diberikan kepada pasien selalu didasarkan pada intervensi yang direncanakan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan pengkajian respon pasien terhadap intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang dilakukan. Evaluasi keperawatan merupakan suatu kegiatan yang

dilakukan secara terus menerus untuk mengetahui apakah rencana keperawatan sudah efektif dan bagaimana melanjutkan rencana keperawatan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan.

Evaluasi ada dua macam (Sulistiawaty,2020) :

a. Evaluasi formatif (proses)

Evaluasi formatif adalah aktivitas proses keperawatan dan hasil mutu pelayanan keperawatan. Evaluasi proses harus dilakukan segera setelah penerapan intervensi keperawatan untuk menilai efektivitas implementasi yang sudah dilakukan. Evaluasi proses harus dilakukan secara terus menerus hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data evaluasi proses meliputi analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi klien, dan penggunaan formulir evaluasi. Dilampirkan dalam catatan perawatan. Contoh: Sambil membantu pasien duduk dalam posisi semi fowler, pasien dapat duduk selama 30 menit dan mengatakan merasa nyaman pada posisi tersebut tanpa merasa pusing.

b. Evaluasi sumatif (hasil)

Evaluasi sumatif merupakan evaluasi yang dilakukan setelah seluruh kegiatan proses keperawatan selesai. Tujuan dari evaluasi sumatif ini adalah untuk menilai dan memantau kualitas asuhan keperawatan yang diberikan. Hasil evaluasi dalam keperawatan adalah tujuan tercapai/masalah teratasi, tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian, tujuan tidak tercapai/masalah

tidak teratasi, bahkan timbul masalah baru. Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah di tentukan.

1. S (Subyektif): Informasi langsung yang diterima dari klien setelah dilakukan tindakan.
2. O (Tujuan): Informasi yang diperoleh berupa hasil observasi, penilaian dan pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan.
3. A (analisis): membandingkan gejala mayor dan gejala minor pada klien dengan kriteria hasil yang ditentukan dalam rencana keperawatan. Analisis dalam evaluasi mengacu pada kriteria hasil yang diharapkan.
4. P (Planning): rencana keperawatan lanjutan dilaksanakan berdasarkan analisis.

2.3 Konsep Risiko Gangguan Integritas Kulit

2.3.1 Defenisi

Risiko gangguan integritas kulit berdasarkan Tim Pokja SDKI DPDI PPNI 2018 adalah berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament).

2.3.2 Faktor Risiko

Menurut SDKI (2017) faktor risiko untuk masalah risiko gangguan integritas kulit/jaringan, antara lain:

1. Perubahan sirkulasi
2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
3. Kekurangan/kelebihan volume cairan
4. Penurunan mobilitas
5. Bahan kimia iritatif
6. Suhu lingkungan yang ekstrem
7. Faktor mekanis (mis: penekanan, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energy listrik bertegangan tinggi)
8. Terapi radiasi
9. Kelembaban
10. Proses penuaan
11. Neuropati perifer
12. Perubahan pigmentasi
13. Perubahan hormonal
14. Penekanan pada tonjolan tulang
15. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan.