

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

3.1 Konsep Medis

3.1.1 Pengertian

Menurut (Thomas et al., 2015), *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* merupakan hilangnya fungsi dari otak disebabkan oleh berhentinya pasokan darah ke otak akibat dari penyumbatan ataupun pecahnya pembuluh darah ke otak. Stroke juga merupakan gangguan otak baik secara fungsional maupun struktural yang disebabkan oleh keadaan patologis pembuluh darah otak atau seluruh sistem pembuluh darah otak.

Stroke merupakan penyakit *neurologis* akut karena gangguan pembuluh darah ke otak secara mendadak dan dapat menimbulkan cacat atau kematian. Stroke bisa disebut juga serangan otak (brain attack) sedangkan CVA Infark adalah kematian pada otak yang biasanya timbul setelah beraktifitas fisik atau karena psikologis disebabkan oleh trombus maupun emboli pada pembuluh darah di otak (Anggraheni et al., 2020).

3.1.2 Etiologi

Menurut (Anggraheni et al., 2020), penyebab terjadinya penyakit stroke yang banyak terjadi adalah kerusakan pembuluh darah otak yang sebagian besar diakibatkan oleh rendahnya kualitas pembuluh darah otak. Sehingga dengan adanya tekanan darah yang tinggi pembuluh darah menjadi rentan pecah. Adapun sebab kerusakan pembuluh darah otak adalah sebagai berikut:

1. Trombosis Serebri

Terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. Terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah. Trombosis serebri ini disebabkan karena adanya:

- a) Arteriosklerosis, mengerasnya atau berkurangnya kelenturan dan elastisitas dinding pembuluh darah.
- b) Hiperkoagulasi, darah yang bertambah kental yang akan menyebabkan viskositas atau hematokrit meningkat sehingga dapat melambatkan aliran darah serebral.
- c) Arteritis, radang pada arteri

2. Emboli Serebri

Dapat terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Biasanya emboli berasal dari trombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebri. Keadaan-keadaan yang dapat menimbulkan emboli:

- a) Penyakit jantung reumatik.
- b) Infark miokardium.
- c) Fibrilasi dan keadaan aritmia, dapat membentuk gumpalan-gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emboli serebri.
- d) Endokarditis, menyebabkan gangguan pada endokardium.

Beberapa faktor penyebab CVA Infark menurut (Anggraheni et al., 2020), yaitu sebagai berikut:

1. Hipertensi

Merupakan faktor resiko utama. Hipertensi dapat disebabkan arterosklerosis pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah tersebut mengalami penebalan dan degenerasi yang kemudian pecah/menimbulkan pendarahan.

2. Penyakit Kardiovaskuler

Pada firilasi atrium menyebabkan penurunan CO, sehingga perfusi darah ke otak menurun, maka otak akan kekurangan oksigen yang akhirnya dapat terjadi CVA.

Pada arterosklerosis elastisitas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi ke otak menurun juga pada akhirnya terjadi CVA.

3. Peningkatan Kolesterol

Peningkatan kolesterol tubuh dapat menyebabkan arterosklerosis dan terbentuknya emboli lemak sehingga aliran darah lambat masuk ke otak, maka perfusi otak menurun.

4. Obesitas

Pada obesitas kadar kolesterol tinggi. Selain itu dapat mengalami hipertensi karena terjadi gangguan pada pembuluh darah. Keadaan ini berkontribusi pada stroke.

5. Diabetes Mellitus

Pada penyakit DM akan mengalami penyakit vaskuler, sehingga terjadi mikrovaskularisasi dan terjadi arterosklerosis, terjadinya arterosklerosis dapat menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, iskemia menyebabkan perfusi otak menurun dan pada akhirnya terjadi CVA.

6. Merokok

Pada perokok akan timbul plak pada pembuluh darah oleh nikotin sehingga memungkinkan penumpukan arterosklerosis dan kemudia berakibat pada CVA.

7. Alkoholik

Pada alkoholik dapat menyebabkan hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga terjadi emboli serebral.

2.1.3 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis CVA Infark menurut (Anggraheni et al., 2020) dapat menyebabkan berbagai defisit neurologi, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat , dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesoris).

1. Kehilangan Motorik:

Hemiplegi (paralisis pada satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan, hemiparasis atau kelemahan salah satu sisi tubuh.

2. Kehilangan Komunikasi:

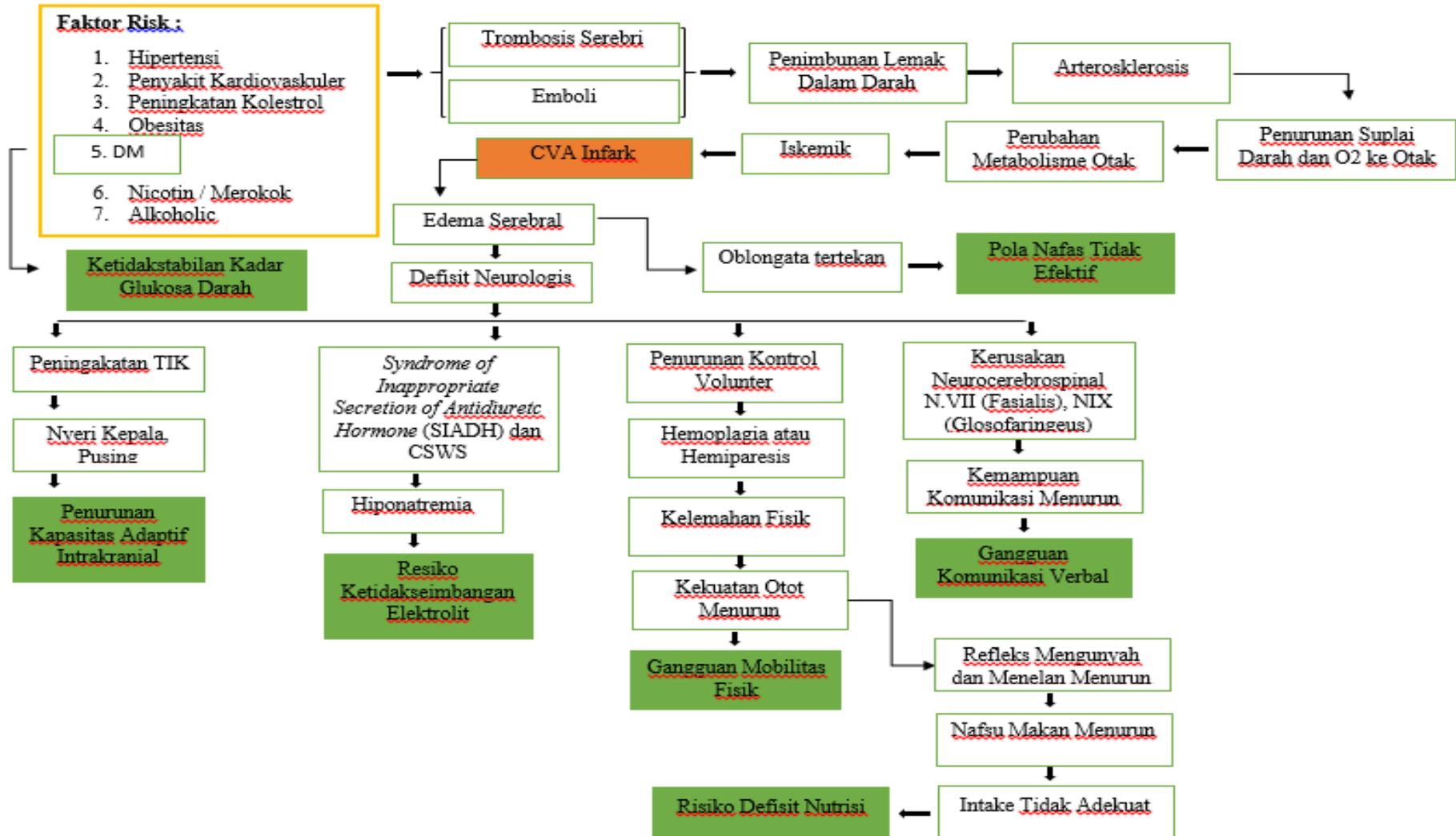
Disartia (kesulitan bicara), disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang di pelajari sebelumnya).

3. Gangguan Persepsi:

Disfungsi persepsi visual, gangguan hubungan visual spasial, kehilangan sensori.

4. Kerusakan Fungsi Kognitif dan Afek Psikologis. Dan Disfungsi Kandung Kemih

2.1.4 Pathway



Gambar 2.1 Pathway

2.1.5 Penatalaksanaan

Menurut Muttaqin, 2014 dalam Anggraheni, (2020), penatalaksanaan CVA yakni sebagai berikut :

1. Penatalaksanaan Umum CVA Fase Akut
 - a) Posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat, posisi lateral bila di sertai dengan muntah.
 - b) Bebaskan jalan napas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/menit.
 - c) Memasang kateter untuk jalan buang air kecil.
 - d) Kontrol tekanan darah pertahankan dalam kondisi stabil dan normal
2. Penatalaksanaan Setelah Fase Akut
 - a) Berikan nutrisi per oral setelah tes fungsi menelan baik. Bila terdapat gangguan menelan atau pasien mengalami penurunan kesadaran menurun, anjurkan pasang NGT.
 - b) Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi.
 - c) Boleh dimulai latihan mobilisasi bila kondisi hemodinamik stabil atau pada fase rehabilitasi.
3. Penatalaksanaan Medis
 - a) Obat antihipertensi. Pada penderita stroke baru, biasanya tekanan darah tidak diturunkan terlalu rendah untuk menjaga suplai darah ke otak
 - b) Anti platelet, untuk mencegah pembekuan darah, digunakan obat antiplatelet, seperti aspirin.
 - c) Antikoagulan untuk mencegah pembekuan darah, pasien dapat diberikan obat-obatan antikoagulan, seperti heparin yang bekerja dengan cara

mengubah komposisi faktor pembekuan dalam darah. Obat antikoagulan biasanya diberikan pada penderita stroke dengan gangguan irama jantung

4. Penatalaksanaan khusus

- a) Antasi kejang
- b) Atasi tekanan intrakranial yang meninggi dengan manitol, gliserol, furosemid, intubasi, steroid dan lain-lain
- c) Atasi dekompresi
- d) Untuk penatalaksanaan faktor resiko
 - 1) Atasi hipertensi
 - 2) Atasi hiperglikemia
 - 3) Atasi hiperurisemia

2.2 Konsep Terapi Cermin

2.2.1 Definisi

Terapi cermin adalah bentuk rehabilitasi yang mengandalkan pembayangan motorik, dimana cermin akan memberikan stimulasi visual cenderung ditiru seperti cermin oleh bagian tubuh yang mengalami gangguan. Terapi ini pertama kali diperkenalkan oleh Roger –Ramachandran untuk menangani gejala nyeri setelah amputasi. Terapi cermin ini tergolong baru intervensi terapeutik yang berfokus pada memindahkan anggota badan yang tidak rusak Ini adalah bentuk dari citra di mana cermin digunakan untuk 33 menyampaikan rangsangan visual ke otak melalui pengamatan bagian tubuh seseorang yang tidak terpengaruh karena melakukan serangkaian gerakan (Sengkey & Pandeiroth, 2014).

2.2.2 Waktu Pelaksanaan

Menurut Levin (2000) pada Penelitian (Mustika, 2018), pada kedua tungkai atas dan bawah, jumlah terapi cermin yang telah diuji adalah 30 menit per hari.

Biasanya dosisnya akan terlihat seperti ini:

1. 30 menit 5x seminggu selama 4 minggu
2. 30 menit 2x seminggu selama 5 minggu
3. 15 menit 6x seminggu selama 4 minggu

2.2.3 Gerakan yang akan dilakukan

Gerakan yang diupayakan harus dasar dan mungkin termasuk lengan dan tangan:

- a. Membuka dan menutup tangan
- b. Membalik lengan bawah dan tangan dari telapak tangan sampai ke telapak tangan
- c. Membungkuk dan meluruskan pergelangan tangan
- d. Sentuh jempol ke ujung jari

Terapi cermin bisa dilakukan untuk kaki juga, biasanya dilakukan dengan korban duduk di kursi. Cermin meluncur di antara dua kaki. Kepala diposisikan di sisi cermin yang mencerminkan kaki yang bagus. Yang selamat kemudian melihat cermin, yang memberikan pantulan kaki sisi baik. Dua gerakan biasanya merupakan fokus terapi cermin ekstremitas bawah:

- a. Gerakkan kaki ke atas dan ke bawah pada pergelangan kaki (dorsofleksi)
- b. Geser kaki ke depan dan ke belakang (ke arah Anda). untuk membuat geser lebih mudah, kenakan kaus kaki di lantai yang keras, atau letakkan kain di bawah kaki.

2.2.4 Prosedur Terapi Cermin

Prosedur umum cermin terapi adalah pasien duduk di depan cermin yang berorientasi sejajar dengannya garis tengah menghalangi pandangan yang terkena tungkai yang diposisikan di belakang cermin. Sambil menatap cermin, pasien melihat pantulan anggota badan yang tidak terpengaruh diposisikan sebagai anggota badan yang terkena. Ini pengaturannya pas untuk membuat visual ilusi dimana pergerakan atau sentuhan anggota badan yang utuh dapat dianggap sebagai mempengaruhi anggota tubuh paretik. Setelah itu pasien melakukan gerakan anggota badan yang tidak rusak saat menontonnya refleksi cermin ditumpangkan di atas (tak terlihat) tungkai yang terganggu (Sengkey & Pandeiroth, 2014).

2.2.5 Terapi Cermin untuk Ekstrimitas

1. Terapi cermin untuk ekstremitas atas pasien stroke duduk dan cermin sejajar untuk berpotongan dengan tubuh pasien di pesawat sagital di dada tingkat. Hal ini biasanya dilakukan dengan menempatkancermin di atas meja dengan tangan beristirahat di atas meja di kedua sisi cermin. Bagian reflektif cermin menghadap sisi yang tidak terpengaruh. Saat pasien melihat ke dalam cermin, yang mereka lihat tidak terpengaruh sisi. Cermin menghalangi pandangan dari sisi tubuh yang tidak terpengaruh. Pasien menatap ke cermin yang mencerminkan "baik" tangan. Saat tangan 'baik' digerakkan cermin memberi ilusi bahwa "buruk" tangan bergerak dengan sangat baik. Korban stroke selamat mencoba untuk menyalin pergerakan lengan "baik" dan tangan ke hemiparetik lengan. Meski penderita stroke hanya melihat pantulan tangan yang baik,

2. Pelaku stroke bisa masuk ke dalam lama duduk di alas atau duduk di atas kursi. Keuntungan dari alas adalah bahwa ekstremitas bawah lebih mudah dilihat. Keuntungan dari kursi adalah mungkin saja lebih nyaman untuk 36 beberapa pasien. Di Kedua kasus tersebut, cermin diletakkan di antara kaki pasien untuk memotong tubuhnya pesawat sagital menghadap sisi yang tidak terpengaruh pasien diinstruksikan untuk melakukan plantar dan dorsofleksi dari pergelangan kaki yang tidak terpengaruh, dan pada saat yang sama mencoba untuk melakukan gerakan yang sama dengan sisi yang terkena. Itu kecepatan gerakan dipilih sendiri. Untuk baik ekstremitas atas dan bawah dosisnya 30 menit sehari, dan 5 hari seminggu selama 4 minggu (Sengkey & Pandeiroth, 2014).

2.3 Konsep Dasar Masalah Keperawatan

2.3.1 Pengertian

1. Menurut (PPNI, 2018) gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Perubahan dalam tingkat mobilitas fisik dapat mengakibatkan terjadinya pembatasan gerak dalam bentuk tirah baring, hambatan dalam melakukan aktifitas.

2.3.2 Data Mayor dan data Minor

Gejala dan Tanda

Menurut (PPNI, 2018) gejala dan tanda dari gangguan mobilitas fisik terdiri dari dua yaitu :

- a. Gejala dan tanda mayor

Gejala dan tanda mayor secara subjektif yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas dan secara objektif yaitu kekuatan otot menurun

b. Gejala dan tanda minor

Gejala dan tanda minor secara subjektif yaitu nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak dan secara objektif yaitu sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas dan fisik lema

2.3.3 Faktor 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 musculoskeletal
12. Gangguan neuromuscular
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 sensori-persepsi

2.3.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien post operasi fraktur yang mengalami gangguan mobilitas fisik yaitu dengan diberikannya latihan rentang gerak. Latihan rentang gerak tersebut salah satunya mobilisasi persendian yaitu dengan latihan range of motion (ROM) yang merupakan latihan gerak sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, pasien akan menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara pasif maupun aktif. ROM pasif adalah latihan yang diberikan kepada pasien yang mengalami kelemahan otot lengan maupun otot kaki berupa latihan pada tulang maupun sendi karena pasien tidak dapat melakukannya sendiri, sehingga pasien memerlukan bantuan perawat atau keluarga. ROM aktif adalah latihan ROM yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa bantuan perawat dari setiap gerakan yang dilakukan. Tujuan ROM yaitu mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk (Potter et al., 2021)

2.4 Asuhan Keperawatan

2.4.1 Fokus Pengkajian

1. Identitas

Meliputi: umur (dari berbagai penelitian, diketahui bahwa usia semakin tua semakin besar pula resiko terkena stroke. Hal ini berkaitan dengan proses degenerasi/penuaan yang terjadi secara alamiah.

2. Keluhan Utama

Kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan kesadaran pasien.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Kronologis peristiwa CVA Infark sering setelah melakukan aktifitas tiba-tiba terjadi keluhan neurologis misal: sakit kepala hebat, penurunan kesadaran seperti koma.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Perlu dikaji apakah pasien pernah menderita penyakit DM, CVA, Hipertensi, Kelainan jantung, Pernah TIA, Policitemia karena hal ini berhubungan dengan penurunan kualitas pembuluh darah.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Adanya riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus, atau adanya riwayat CVA pada generasi terdahulu.

6. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Pernafasan (B1/Breathing)

Batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, serta perubahan kecepatan dan kedalaman pernafasan. Adanya ronchi akibat peningkatan produksi secret dan penurunan kesadaran klien. Pada klien yang sadar baik sering kali tidak didapati kelainan pada pemeriksaan sistem respirasi.

b. Sistem Peredaran Darah (B2/Blood)

Dapat terjadi hipotensi atau hipertensi, denyut jantung irreguler, adanya murmur.

c. Sistem Persyarafan (B3/Brain)

Tingkat kesadaran: bisa sadar baik sampai terjadi koma. Penilaian GCS untuk menilai tingkat kesadaran klien. Reflek Patologis: Reflek babinski positif menunjukkan adanya perdarahan di otak/perdarahan intraserebri dan untuk membedakan jenis CVA yang ada apakah bleeding atau infark.

Pemeriksaan saraf kranial

- 1) Saraf I: biasanya pada klien dengan CVA tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
- 2) Saraf II: disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensorik primer diantara sudut mata dan kortek visual. Gangguan hubungan visual-spasial sering terlihat pada klien dengan hemiplegi kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
- 3) Saraf III, IV, dan VI apabila akibat CVA mengakibatkan paralisis sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral disisi yang sakit.
- 4) Saraf V persepsi pengecap dalam batas normal, wajah asimetris, otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
- 5) Saraf XII lidah asimetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi.

Indra pengecap normal.

d. Sistem Perkemihan (B4/Bladder)

Terjadi inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang, sehingga selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologi luas.

e. Sistem Pencernaan (B5/Bowel)

Adanya keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual dan muntah pada fase akut. Mungkin mengalami inkontinensia alvi atau terjadinya konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya gangguan pada saraf V yaitu pada beberapa keadaan CVA menyebabkan paralisis saraf trigeminus, di dapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah pada sisi ipsilateral dan kelumpuhan seisin otot-otot pterigoideus dan pada saraf IX dan X yaitu kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut.

f. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (B6/Bone)

Kehilangan kontrol volenter gerakan motorik. Terdapat hemiplegia atau hemiparese ekstremitas, kaji adanya dekubitus akibat immobilisasi fisik.

g. Sistem Penginderaan (B7)

Pada pengindraan pasien biasanya tidak mengalami masalah.

h. Sistem Endokrin (B8)

Ada atau tidaknya pembesaran kelenjar endokrin, biasanya tidak mengalami pembesaran kelenjar endokrin

2.4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut TIM Pokja SDKI DPP PPNI, (2018), yaitu:

1. (D.0066) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral stroke iskemik
2. (D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d gangguan neurologis
3. (D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin
4. (D.0054) Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskuler
5. (D.0119) Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler
6. (D.0037) Risiko ketidakseimbangan elektrolit d.d gangguan mekanisme regulasi
7. (D.0032) Risiko defisit nutrisi d.d peningkatan kebutuhan metabolisme

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan menurut (PPNI, 2018)

Dx Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral stroke iskemik

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Diagnosa 1

Tujuan	Kriteria Hasil	Rencana Intervensi
(D.0066) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral stroke iskemik	L.06049 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, diharapkan kapasitas adaptif intracranial meningkat: <ul style="list-style-type: none"> - Sakit kepala cukup menurun (4) - Gelisah cukup menurun (4) - Tekanan darah cukup membaik (4) - Pola nafas cukup membaik (4) - Refleks neurologis sedang (3) 	I.06194 Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial Tindakan : Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misal. Lesi, gangguan metabolisme, edema otak) - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misal. Tekanan darah meningkat,) - Monitor MAP - Monitor status pernapasan - Monitor intake dan output cairan Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi semi fowler Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian <i>sedasi dan antikonvulsan, jika perlu</i> - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, <i>jika perlu</i>

Dx 2 pola nafas tidak efektif b.d gangguan neurologis

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Diagnosa 2

Tujuan	Kriteria Hasil	Rencana Intervensi
(D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d gangguan neurologis	L.01004 Setelah dilakukan tindakan selama ... x 24 jam diharapkan pola nafas membaik <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea menurun (5) - Penggunaan otot bantu nafas menurun (5) - Pernafasan cuping hidung menurun (5) - Frekuensi nafas membaik (5) - Kedalaman nafas membaik (5) 	I.01011 Manajemen Jalan Nafas Tindakan : Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) - Monitor bunyi nafas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing , ronchi kering) Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan semi-fowler atau fowler - Berikan oksigen jika perlu Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan teknik batuk efektif I.01014 Pemantauan Respirasi Tindakan : Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas - Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-Stokes) - Auskultasi bunyi nafas - Monitor saturasi oksigen

Dx 3 Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan Diagnosa 3

Tujuan	Kriteria Hasil	Rencana Intervensi
<p>(D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin</p>	<p>L.03022 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, diharapkan kadar glukosa darah membaik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengantuk menurun (5) - Pusing menurun (5) - Lelah/ lesu menurun (5) - Mulut kering menurun (5) - Rasa haus menurun (5) - Kadar glukosa dalam darah cukup membaik (4) 	<p>I.03115 Manajemen Hiperglikemia Tindakan : Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia. - Monitor kadar glukosa darah, jika perlu. - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (misal. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, dan sakit kepala). - Monitor intake output cairan. - Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik, dan frekuensi nadi. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan asupan cairan oral. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri. - Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga. - Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan dan karbohidrat, dan

		bantuan profesional kesehatan). <i>laborasi</i> - Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu. - Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu.
--	--	--

Dx 4 gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskuler

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Diagnosa 4

Tujuan	Kriteria Hasil	Rencana Intervensi
(D.0054) Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskuler	Setelah dilakukan tindakan selama ... x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat - Pergerakan ekstremitas sedang (3) - Kekuatan otot sedang (3) - Rentang gerak (ROM) sedang (3) - Gerakan terbatas sedang (3) - Kelemahan fisik sedang (3)	I.05178 Manajemen Energi Tindakan : Observasi - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik - Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif Kolaborasi - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Dx 5 Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan Diagnosa 5

Tujuan	Kriteria Hasil	Rencana Intervensi
(D.0119) Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler	<p>Setelah dilakukan tindakan selama ... x 24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan berbicara cukup meningkat (4) - Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh cukup meningkat (4) - Pelo cukup menurun (4) 	<p>I.13492</p> <p>Promosi Komunikasi : Defisit Bicara</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan metode komunikasi alternative - Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan - Ulangi apa yang disampaikan klien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan bicara perlahan

Dx 6 Risiko ketidakseimbangan elektrolit d.d gangguan mekanisme regulasi

Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan Diagnosa 6

Tujuan	Kriteria Hasil	Rencana Intervensi
<p>(D.0037) Risiko ketidakseimbangan elektrolit d.d gangguan mekanisme regulasi dan disfungsi ginjal</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan selama ... x 24 jam diharapkan keseimbangan elektrolit meningkat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serum natrium membaik (5) - Serum kalium mebaik (5) 	<p>I.03122 Pemantauan Elektrolit <i>Tindakan :</i> <i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kadar elektrolit serum - Monitor mual, mutah, dan diare - Monitor tanda dan gejala hiponatremia <p>I.03017 Manajemen Elektrolit Hipokalemia <i>Tindakan :</i> <i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tanda dan gejala penurunan kadar kalium - Monitor intake dan output cairan - Monitor tanda daan gejala gagal nafas - Monitor kadar kalium serum dan/atau urine <p>I.03110 Manajemen Elektrolit Hiponatremia <i>Tindakan :</i> <i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tanda dan gejala penurunan kadar natrium - Periksa tanda-tanada kelebihan cairan untuk indikasi retriaksi cairan - Monitor intake dan output cairan - Monitor kadar natrium serum dan/atau urine

Dx 7 risiko defisit nutrisi d.d peningkatan kebutuhan metabolisme

Tabel 2.7 Intervensi Keperawatan Diagnosa 7

Tujuan	Kriteria Hasil	Rencana Intervensi
(D.0019) Defisit nutrisi peningkatan kebutuhan metabolisme	L.03030 Setelah dilakukan tindakan selama ... x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik - Porsi makan yang dihabiskan cukup meningkat (4) - Rambut rontok cukup menurun (4) - Berat badan cukup membaik (4) - IMT membaik (5) - Membrane mukosa cukup membaik (4)	I.03119 Manajemen Nutrisi Tindakan : Observasi - Monitor asupan nutrisi - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hb, Ht.) Edukasi - Edukasi diet yang diprogramkan Kolaborasi - Kolaborasi medikasi sebelum makan

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Komponen tahap implementasi:

1. Tindakan keperawatan mandiri.
2. Tindakan Keperawatan edukatif.
3. Tindakan keperawatan kolaboratif.
4. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan.

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah

dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan. Ada tiga alternative dalam menafsirkan hasil evaluasi yaitu :

1. Masalah teratasi Masalah teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan tingkah laku dan perkembangan kesehatan sesuai dengan kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.
2. Masalah sebagian teratasi Masalah sebagian teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan dan perkembangan kesehatan hanya sebagian dari kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.
3. Masalah belum teratasi Masalah belum teratasi, jika pasien sama sekali tidak menunjukkan perubahan perilaku dan perkembangan kesehatan atau bahkan timbul masalah yang baru.