

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Medis CVA Infark

2.1.1 Definisi

Stroke iskemik/CVA Infark adalah stroke yang terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah otak tertentu sehingga daerah otak yang diperdarahi oleh pembuluh darah tersebut tidak mendapat pasokan energi dan oksigen, yang pada akhirnya mengakibatkan jaringan sel-sel otak di daerah tersebut mati dan tidak berfungsi lagi (Tejo et al., 2022).

Stroke iskemik adalah penyakit tidak menular yang terjadi di dalam otak karena pembuluh darah otak mengalami penyumbatan. Pembuluh darah yang membawa oksigen dan nutrisi ke otak tersumbat oleh gumpalan, akibatnya bagian dari otak tidak bisa mendapatkan darah dan oksigen yang dibutuhkan, sehingga membuat sel-sel otak mati. Hal ini menyebabkan bagian tubuh yang dikendalikan oleh otak tersebut tidak dapat berfungsi dengan baik karena tidak memperoleh nutrisi dan oksigen (Laiya & Anitasari 2022).

2.1.2 Etiologi

Berdasarkan analisa faktor resiko kejadian jenis stroke, faktor utama penyebab stroke adalah hipertensi, selain itu juga faktor resiko lainnya adalah merokok, diabetes melitus dan dispidemia sehingga mengakibatkan stroke iskemik dan stroke hemoragik, berdasarkan hal tersebut sehingga perlunya

memberikan pengetahuan mengenai faktor stroke untuk menurunkan angka kejadian stroke (Utama & Nainggolan, 2022).

Faktor risiko stroke iskemik dibagi menjadi 2 yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi (modifiable risk factors) dan tidak dapat dimodifikasi (non-modifiable risk factors). (Kemenkes RI, 2018) mengklasifikasikan faktor risiko yang dapat dimodifikasi terdiri dari hipertensi, diabetes melitus, dyslipdemia, kurang beraktivitas fisik, pola hidup tidak sehat dan stress. Sedangkan untuk faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi terdiri dari riwayat keluarga, umur dan jenis kelamin (Hisni et al., 2022).

2.1.3 Epidemiologi

Menurut World Health Organization pada tahun 2018, sebanyak 7,75 juta orang meninggal akibat stroke di dunia. Center For Disease Control tahun 2020 menyatakan satu orang meninggal setiap 4 menit akibat stroke di Amerika Serikat. Menurut Junaidi dalam (Hisni et al., 2022) kejadian stroke iskemik lebih banyak dibandingkan stroke hemoragik dengan prevalensi di Negara berkembang seperti Asia kejadian stroke haemorrhage 30% sedangkan stroke iskemik 70%. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar 2018 oleh Kementerian Kesehatan RI, prevalensi stroke adalah sebesar 10,9%. Sebanyak 713.783 orang menderita stroke setiap tahunnya. Kalimantan Timur merupakan provinsi dengan angka kejadian stroke tertinggi di Indonesia, yaitu sebanyak 9.696 atau sebesar 14,7% dari total penduduknya. Selain itu, penderita ditemukan paling banyak pada kelompok umur di atas 75 tahun (Laiya dan Anitasari 2022).

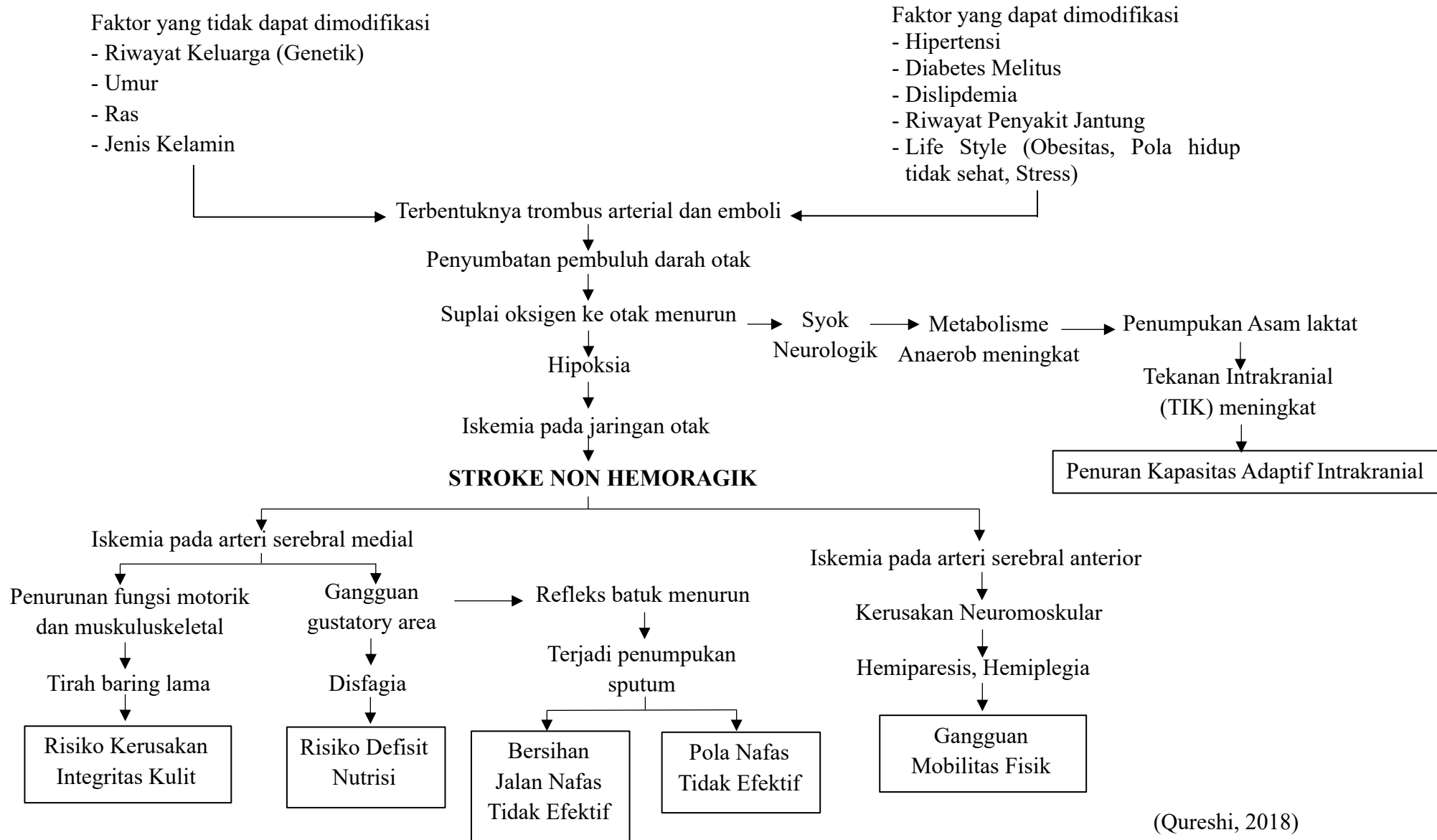
2.1.4 Patofisiologi

Stroke infark terjadi ketika berkurangnya suplai darah ke area tertentu di dalam otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah semakin lambat atau cepat pada gangguan lokal (emboli, thrombosis, perdarahan dan spasme vascular) atau gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung) (Muttaqin, 2018).

Aliran darah ke otak diatur oleh dua karotis interna di anterior dan dua arteri vertebralis di posterior (lingkaran Willis). Stroke iskemik disebabkan oleh kekurangan suplai darah dan oksigen ke otak, stroke hemoragik disebabkan oleh pendarahan atau kebocoran pembuluh darah. Stroke iskemik menyebabkan kondisi trombotik dan emboli di otak. Pada trombosis, aliran darah dipengaruhi oleh penyempitan pembuluh akibat aterosklerosis. Penumpukan plak pada akhirnya akan menyempitkan ruang pembuluh darah dan membentuk gumpalan, menyebabkan stroke trombotik.

Pada stroke emboli, penurunan aliran darah ke daerah otak menyebabkan emboli, aliran darah ke otak berkurang, menyebabkan stres berat dan kematian sel sebelum waktunya (nekrosis). Nekrosis diikuti dengan disrupsi membran plasma, pembengkakan organel dan bocornya isi seluler ke ruang ekstraseluler dan hilangnya fungsi saraf (Muttaqin, 2018).

2.1.5 Pathway (Pohon Masalah)



2.1.6 Manifestasi Klinis

Gejala stroke yang muncul sangat bergantung pada bagian otak yang terganggu, gejala kelemahan sampai kelumpuhan anggota gerak, bibir tidak simetris, bicara pelo atau tidak dapat berbicara (afasia), nyeri kepala, penurunan kesadaran, dan gangguan rasa (misalnya kebas di salah satu anggota gerak). Sedangkan stroke yang menyerang cerebellum akan memberikan gejala pusing berputar (Yueniwati, 2018).

Gejala umum yang terjadi pada stroke yaitu wajah, tangan atau kaki yang tiba tiba kaku atau mati rasa dan lemah, biasanya terjadi pada satu sisi tubuh. Gejala lainnya yaitu pusing, kesulitan untuk berbicara atau mengerti perkataan, kesulitan untuk melihat baik dengan satu mata maupun kedua mata, kesulitan jalan, kehilangan keseimbangan dan koordinasi, pingsan atau kehilangan kesadaran, dan sakit kepala yang berat dengan penyebab yang tidak diketahui (Esti et al., 2019). Berikut gejala-gejala stroke ringan sebelum menuju stroke yang lebih parah :

- a. Stroke ringan dapat menyebabkan kelemahan otot wajah, tanda-tandanya adalah wajah turun ke salah satu sisi (wajah terlihat tidak simetris), tidak bisa senyum, tidak dapat mengerutkan dahi, dan mata atau mulut turun ke bawah
- b. Penderita stroke ringan kemungkinan tidak mampu mengangkat kedua lengan dan tungkai. Hal ini terjadi karena anggota gerak mereka lemas atau mati rasa pada salah satu sisi
- c. Kesemutan di bagian tubuh yang terkena serangan stroke ringan, seperti wajah, lengan, dan tungkai pada sisi yang terganggu.

- d. Kemampuan bicara juga bisa terganggu. Misalnya bicara cadel, tidak beraturan, tidak dapat memahami ucapan orang lain, atau bahkan tidak mampu bicara sama sekali.
- e. Pandangan terganggu pada salah satu atau kedua mata, sakit kepala dan pusing.
- f. Kesulitan berjalan atau mempertahankan posisi tubuh karena adanya gangguan sistem koordinasi tubuh. Kesulitan berjalan juga bisa disebabkan oleh kelemahan pada tungkai dan kaki.

2.2 Konsep Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif

Proses iskemik dari CVA Infark menimbulkan beberapa masalah, salah satunya adalah bersihan jalan napas tidak efektif. Masalah bersihan jalan napas ini jika tidak ditangani secara cepat maka bisa menimbulkan masalah yang lebih berat seperti pasien akan mengalami sesak yang hebat bahkan bisa menimbulkan kematian (PPNI, 2018).

2.2.1 Definisi

Bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten (SDKI, 2018). Ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah kemampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan napas.

2.2.2 Penyebab Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif

Penyebab bersihan jalan napas tidak efektif secara fisiologis yaitu spasme jalan napas, hipersekresi jalan napas, disfungsi neuromuskular, benda

asing dalam jalan nafas, adanya jalan nafas buatan, sekresi yang tertahan, hiperplasia dinding jalan nafas, proses infeksi, respon alergi, efek agen farmakologis misalnya anastesi. Sedangkan Penyebab secara situasional yaitu merokok aktif, merokok pasif dan terpajan polutan (PPNI, 2018).

2.2.3 Tanda dan Gejala Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif

Tanda dan gejala pada pasien dengan diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif sesuai dengan standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI), sebagai berikut :

Tabel 1. Tanda dan Gejala Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	(tidak tersedia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk tidak efektif 2. Tidak mampu batuk 3. Sputum berlebih 4. Mengi, wheezing, dan/atau ronkhi kering 5. Meconium di jalan napas (pada neonatus)
Minor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea 2. Sulit berbicara 3. Ortopnea 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah 2. Sianosis 3. Bunyi nafas menurun 4. Frekuensi nafas berubah 5. Pola nafas berubah

Sumber : Standar Diagnosa Keperawatan, 2018

2.2.4 Mekanisme Klinis

Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Bronkopneumonia biasanya didahului oleh suatu infeksi di saluran pernapasan bagian atas selama beberapa hari. Pada tahap awal, penderita bronkopneumonia mengalami tanda dan gejala yang khas seperti mengigil, demam nyeri dada pleuritis, batuk produktif hidung kemerahan saat bernapas menggunakan otot

aksesorius dan bisa timbul sianosis. Terdengar adanya kreleks di atas paru yang sakit terdengar ketika terjadi konsolidasi paru (pengisian rongga udara oleh eksudat), tumpukan eksudat akan tertahan dan susah untuk dikeluarkan dalam bentuk sputum yang mengakibatkan bersihan jalan napas tidak efektif (Nurarif & Kusuma, 2019).

2.2.5 Penatalaksanaan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif

Penatalaksanaan terapi dengan bersihan jalan napas menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), diantaranya :

1. Latihan Batuk Efektif

Melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan laring, trakea dan bronkiolus dari sekret atau benda asing di jalan napas (SDKI, 2018).

2. Fisioterapi Dada

Memobilisasi sekresi jalan napas dengan teknik perkusi, getaran (fibrasi) dan drainase postural.

a. Perkusi (clapping)

Tepukkan atau pukulan ringan pada dinding dada pasien menggunakan telapak tangan yang di bentuk seperti mangkuk, dengan gerakan berirama diatas segmen paru yang akan dialirkan. Perkusi dapat membantu melepaskan sekresi yang melekat pada dinding bronkus dan bronkiolus (Rakhman & Khodijah, 2018).

b. Getaran (Vibrasi)

Kompresi dan getaran kuat secara serial oleh tangan yang diletakan secara datar pada dinding dada pasien selama fase ekhalasi

pernapasan. Vibrasi dilakukan setelah perkusi untuk meningkatkan turbulensi udara ekspirasi sehingga dapat melepaskan mukus kental yang melekat pada bronkus dan bronkiolus. fibrasi dan perkusi dilakukan secara bergantian. (Rakhman & Khodijah, 2018).

c. Postural Drainasse

Teknik pengaturan posisi tertentu untuk mengalirkan sekresi pulmonar pada area tertentu dari lobus paru dengan pengaruh gravitasi. Pembersihan dengan cara ini dicapai dengan melakukan salah satu atau lebih posisi tubuh yang berbeda. Salah satu posisi tersebut adalah dengan menggunakan posisi kepala atau dada lebih rendah (PPNI, 2018).

d. Pengaturan posisi

Pengaturan posisi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk menempatkan bagian tubuh untuk meningkatkan Kesehatan fisiologis dan/atau psikologis. Atur posisi untuk mengurangi sesak (mis: semi-fowler) dan monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi (PPNI, 2018).

3. Penghisapan Jalan Nafas

Membersihkan sekret dengan memasukkan kateter suction bertekanan negatif kedalam mulut, nasofaring, trakea, dan endotrakeal tube (ETT) (PPNI, 2018).

2.3 Konsep Penghisapan Jalan Nafas

2.3.1 Definisi

Suction atau penghisapan merupakan tindakan untuk mempertahankan jalan nafas sehingga memungkinkan terjadinya proses pertukaran gas yang adekuat dengan cara mengeluarkan sekret pada klien yang tidak mampu mengeluarkannya sendiri. Penghisapan lendir adalah suatu cara untuk mengeluarkan sekret dari saluran nafas dengan menggunakan alat catheter suction yang dimasukkan melalui hidung atau rongga mulut ke dalam pharing atau sampai trachea (Agustin et al., 2019).

Penghisapan orofaringeal adalah prosedur yang digunakan untuk menghilangkan sekresi dari rongga mulut dan faring. Sekresi dapat memblokir trakea dan menghalangi aliran udara normal, yang dapat menyebabkan pasokan oksigen tidak mencukupi. Biasanya, klien batuk untuk menghilangkan sekresi ini, tetapi beberapa individu terlalu lemah atau tidak bisa batuk, sehingga klien ini memerlukan penyedotan untuk membersihkan jalan napas (Agustin et al., 2019).

2.3.2 Indikasi

Tanda dan gejala umum yang menunjukkan bahwa pasien mungkin memerlukan penghisapan jalan nafas meliputi:

1. Terdapat suara gurgling (suara nafas berisik seperti berkumur)
2. Pasien mengalami penurunan kesadaran/tidak sadar dan mengalami gangguan jalan nafas seperti tidak mampu batuk/mengeluarkan secret.
3. Terjadi penurunan saturasi oksigen, RR menurun, nadi menurun, irama nadi tidak teratur

2.3.3 Komplikasi

Komplikasi yang mungkin muncul dari tindakan penghisapan lendir/suction adalah hipoksemia/hipoksia aritma, trauma, ateletaksis, risiko infeksi, perdarahan, kerokan membrane mukosa, edema, fibrosis dan nyeri. Untuk mencegah hal tersebut maka diwajibkan selama melakukan tindakan suctioning adalah melakukan teknik aseptik. Selain itu yang dapat dilakukan adalah menghindari kontak secara langsung antara selang suction dengan trakea dan disarankan jaraknya tidak lebih dari 1 cm dari ujung selang endotrakeal.

Bila tindakan hisap lendir (suction) tidak segera dilakukan pada pasien dengan gangguan bersihan jalan nafas maka dapat menyebabkan pasien tersebut mengalami kekurangan suplai O₂ (hipoksemia), yang dapat menyebabkan kerusakan otak permanen bila tidak terpenuhi O₂ selama 4 menit. Cara untuk mengecek hipoksemia adalah dengan memantau kadar saturasi oksigen (SpO₂) yang dapat menggambarkan prosentase O₂ yang mampu dibawa oleh hemoglobin.

2.3.4 Ukuran *Suction*

Ukuran *suction catheter kit* untuk anak usia balita adalah 6-8 Fr, dan untuk anak usai sekolah 6 – 12 tahun: 8-10Fr. Ukuran tekanan *suction* yang direkomendasikan anak-anak 80-100 mmHg. Ukuran *suction kateter suction* dewasa: 12-18Fr (Kozier, 2021).

2.3.5 Tekanan *Suction*

Tekanan *suction* dapat memberikan dampak terhadap keberhasilan tindakan *suction*. Jika tindakan *suction* dengan menggunakan *suction* dinding

(*wall suction unit*) maka tekanan yang dianjurkan untuk pasien dewasa adalah 100-120 mmHg, anak-anak 80-100 mmg dan neonates 60-80 mmHg, sedangkan jika menggunakan *portable suction* tekanannya adalah 10-15 cmHg pada pasien dewasa, 8-10 cmHg untuk pasien anak-anak, dan pada neonates adalah 6-8 cmHg. Tekanan *suction* yang paling tepat adalah antara 80-100 mmhg, tekanan tersebut aman untuk melakukan *suctioning* karena penurunan saturasi oksigen yang terjadi tidak terlalu besar. Penelitian yang dilakukan oleh (Lesmana Hendy, 2018) menunjukkan bahwa pengaturan tekanan *suction* menyebabkan penurunan saturasi yang berbeda-beda, dimana semakin besar tekanan *suction* maka akan semakin besar penurunan saturasi oksigen setelah *suctioning*.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pasien CVA Infark

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut Carpenito dalam (Hutagalung, 2021) pengkajian adalah pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan keadaan kesehatan pasien sekarang dan masa lalu dan untuk mengevaluasi pola koping pasien. Informasi yang dikumpulkan menggunakan metode observasi, pemeriksaan fisik, catatan kesehatan dan wawancara baik dengan pasien, keluarga maupun orang terdekat. Pengkajian pada stroke infark adalah sebagai berikut :

1. Anamnesa

- a. Identitas klien meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register dan diagnose medis.

- b. Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien untuk meminta bantuan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan kesadaran.

1 Riwayat penyakit

- a. Riwayat kesehatan dahulu kaji adanya riwayat penyakit hipertensi, diabetes mellitus, serangan stroke sebelumnya, anemia, penyakit jantung, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang terlalu lama, penggunaan obat-obatan anti koagulan, vasodilator, aspirin, obat-obat adiktif, dan kegemukan dapat mendukung pengkajian dari riwayat terdahulu untuk mengkaji lebih mendalam guna untuk memberikan tindakan selanjutnya.
- b. Riwayat kesehatan keluarga. Mengkaji ada atau tidaknya keluarga klien pernah menderita penyakit stroke atau penyakit yang lainnya. Stroke adalah penyakit yang dapat menurun dari genetik. Jadi orang dengan riwayat keluarga stroke mempunyai resiko lebih besar dibanding dengan tanpa riwayat keluarga (Muttaqin, 2018).

3. Pemeriksaan Fisik B1-B6

a. B1 (Breathing)

Pemeriksaan dilakukan dengan melihat apakah pasien mengalami batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi adanya bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada pasien dan terjadi peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang

sering terjadi pada pasien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma (Muttaqin, 2018).

b. B2 (Blood)

Pengkajian pada sistem kardiovaskuler pada pasien stroke biasanya terdapat renjatan (syok hipovolemik). Terjadi peningkatan tekanan darah dan dapat terjadi pada pasien hipertensi massif (tekanan darah >200 mmHg) (Muttaqin, 2018).

c. B3 (Brain)

Stroke dapat menyebabkan berbagai macam defisit neurologis, tergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah bagian mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi pada otak yang sudah rusak tidak dapat membaik secara utuh. Pengkajian B3 merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan dengan pengkajian pada system yang lainnya (Muttaqin, 2018).

d. B4 (Bladder)

Setelah mengalami stroke kemungkinan pasien akan mengalami inkontinensia urine sementara akibat terjadinya konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan dalam mengontrol kandung kemih akibat kerusakan kontrol motorik dan postural. Terkadang kontrol spingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukannya kateterisasi intermiten dengan teknik yang steril. Inkontinensia urine

yang berlanjut akan menunjukkan kerusakan neurologis luas (Muttaqin, 2018).

e. B5 (Bowel)

Pada pasien stroke didapatkan keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan akibat peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan pola nutrisi. Akibat penurunan gerak peristaltic usus dapat menyebabkan konstipasi pada pasien stroke (Muttaqin, 2018).

f. B6 (Bone)

Stroke merupakan penyakit yang mengakibatkan kehilangan control volunter terhadap gerakan motoric. Akibat dari neuron motorik atas yang menyilang, maka mengakibatkan gangguan control motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum yaitu hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) akibat lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan pada salah satu sisi anggota tubuh merupakan tanda yang lain. Pada bagian kulit, jika pasien mengalami kekurangan oksigen kulit akan tampak pucat dan apabila terjadi kekurangan cairan maka turgor kulit akan memburuk. Selain itu, perlu dikaji adanya tanda-tanda dekubitus terutama pada bagian yang menonjol akibat pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik atau tirah baring. Adanya kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoria tau

hemiplegi, serta mudah lelah dapat menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat (Muttaqin, 2018).

a. Pemeriksaan Nervus

1) Test Nervus I (olfaktorius)

Fungsi : saraf sensorik, untuk penciuman

Cara pemeriksaan : Tutup mata pasien dan minta pasien mencium benda yang baunya mudah dikenal, seperti sabun, tembakau, kopi dan sebagainya. Bandingkan dengan hidung bagian kiri dan kanan.

2) Test Nervus II (optikus)

- Tes aktivitas visual : Tutup satu mata pasien kemudian minta ia membaca dua baris dari sebuah artikel koran. Ulangi untuk mata satunya. Pada pasien stroke biasanya pasien mengalami gangguan pada penglihatan yaitu mata kabur.
- Tes lapang pandang : Minta pasien mata kiri, sementara pemeriksa di sebelah kanan. Pasien memandangi hidung pemeriksa yang memegang pena warna cerah. Gerakkan perlahan objek tersebut, informasikan agar pasien langsung memberitahu jika ia melihat benda tersebut.

3) Test Nervus III (okulomotorius)

Fungsi : saraf motorik, untuk mengangkat kelopak mata keatas dan kontraksi pupil

Cara pemeriksaan : tes putaran bola mata, menggunakan konjungtiva, refleksi pupil dan inspeksi. Pada pasien stroke biasanya diameter pupil 2mm/2mm, 50 pupil kadang isokor dan anisokor,

palpebra dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata.

4) Test Nervus IV (troklearis)

Fungsi : saraf motorik, gerakan mata kebawah

Cara pemeriksaan : tes putaran bola mata, menggunakan konjungtiva, refleks pupil dan inspeksi. Pada pasien stroke biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan kebawah.

5) Test Nervus V (Trigeminus)

Fungsi : saraf motorik, gerakan mengunyah, sensasi wajah

Cara pemeriksaan : menggerakkan rahang kesemua sisi, pasien memejamkan mata, sentuh dengan kapas dan tusuk gigi pada dahi atau pipi. Pada pasien stroke biasanya pasien tidak dapat membedakan rasa tajam dan halus (mati rasa) dan mengalami kelemahan pada rahang.

6) Tes Nervus VI (abduksen)

Fungsi : saraf motorik, deviasiasi mata ke lateral

Cara pemeriksaan : tes putaran bola mata, menggunakan konjungtiva refleks pupil dan inspeksi. Pada pasien stroke biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

7) Test Nervus VII (Facialis)

Pada pasien stroke biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengernyitkan dahi, mengernyitkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan

tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah.

8) Test Nervus VIII (vetibulokoklearis)

Fungsi : saraf sensorik, untuk pendengaran dan keseimbangan. Pada pasien stroke biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung. Pada stroke mengalami gangguan pendengaran.

9) Test Nervus IX (glossofaringeus)

Pada pasien stroke biasanya kurang bisa mendengarkan gesekan jari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengarkan jika suara dengan artikulasi yang jelas.

10) Test Nervus X (vagus)

Fungsi : refleks muntah dan menelan

Cara pemeriksaan : menyentuh faring posterior, pasien menelan air atau saliva, disuruh mengucap "ah". Pada pasien stroke biasanya pasien mengalami gangguan menelan.

11) Test Nervus XI (aksesorius)

Fungsi : saraf motorik, untuk menggerakkan bahu

Cara pemeriksaan : suruh pasien menggerakkan bahu dan lakukan tahanan sambil pasien melawan tahanan tersebut. Pada pasien stroke biasanya tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat.

12) Test Nervus XII (hipoglosus)

Fungsi : saraf motorik, untuk gerakan lidah

Cara pemeriksaan : pasien disuruh menjulurkan lidah dan menggerakkan dari sisi ke sisi. Pada pasien stroke biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

b. Pemeriksaan Penunjang

1) Angiografi Serebri

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arterioven atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisme atau malformasi vaskuler.

2) Lumbal Fungsi

Mengetahui tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragik pada subarachnoid atau perdarahan pada intracranial.

3) CT Scan

Memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, serta posisinya secara pasti.

4) MRI

Dengan menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi serta besar/luas terjadinya perdarahan otak

5) USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovenal

6) EEG

Untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah satu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara past untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi mencegah dan mnegubah. Unsur dalam diagnosa keperawatan meliputi problem atau respon (P), etiologi (E), sign and symptoms. Diagnose keperawatan yang mungkin muncul pada pasien CVA Infark antara lain:

1. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (D.0001)

Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten

Penyebab:

- a. Fisiologis : Spasme jalan napas, Hipersekresi jalan napas, Disfungsi neuromuskuler, Benda asing dalam jalan napas, Adanya jalan napas buatan, Sekresi yang tertahan, Hiperplasia dinding jalan napas, Proses infeksi, Respon alergi, Efek agen farmakologis (mis. anastesi)
- b. Situasional : merokok aktif, merokok pasif, terpajan polutan

Gejala dan Tanda Mayor:

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : Batuk tidak efektif, Tidak mampu batuk, Sputum berlebih
 Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering, Mekonium di jalan
 napas (pada neonatus)

Gejala dan Tanda Minor:

Subjektif : Dispnea, sulit bicara, ortopnea

Objektif : Gelisah, sianosis, bunyi nafas menurun, frekuensi nafas
 berubah, pola nafas berubah

Kondisi Klinis Terkait:

Gullian barre syndrome, Sklerosis multipel, Myasthenia gravis, Prosedur
 diagnostik (mis. bronkoskopi, transesophageal echocardiography [TEE]),
 Depresi sistem saraf pusat, Cedera kepala, Stroke, Kuadriplegia, Sindrom
 aspirasi mekonium, Infeksi saluran napas

2. Pola Nafas Tidak Efektif (D.0005)

Inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

Penyebab:

Depresi pusat pernapasan, Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat
 bernapas, kelemahan otot pernapasan), Deformitas dinding dada,
 Deformitas tulang dada, Gangguan neuromuscular, Gangguan neurologis
 (mis. elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan
 kejang), Imaturitas neurologis, Penurunan energi, Obesitas, Posisi tubuh
 yang menghambat ekspansi paru, Sindrom hipoventilasi, Kerusakan
 inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas), Cedera pada medula
 spinalis, Efek agen farmakologis, Kecemasan

Gejala dan Tanda Mayor:

Subjektif : Dispnea

Objektif : Penggunaan otot bantu pernafasan, fase ekspirasi memanjang, pola nafas abnormal (mis. takipnea, bradypnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes)

Gejala dan Tanda Minor:

Subjektif : Ortopnea

Objektif : Pernapasan pursed-lip, Pernapasan cuping hidung, Diameter thoraks anterior-posterior meningkat, Ventilasi semenit menurun, Kapasitas vital menurun, Tekanan ekspirasi menurun, Tekanan inspirasi menurun, Ekskursi dada berubah

Kondisi Klinis Terkait:

Depresi sistem saraf pusat, Cedera kepala, Trauma thoraks, Gullian barre syndrome, Mutiple sclerosis, Myasthenia gravis, Stroke, Kuadriplegia, Intoksikasi alcohol.

3. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (D.0066)

Gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial.

Penyebab:

Lesi menempati ruang (mis. space-occupying lesion - akibat tumor, abses), Gangguan metabolisme (mis. akibat hiponatremia,

ensefalopati uremik, ensefalopati hepatikum, ketoasidosis diabetik, septikemia), Edema serebral (mis. akibat cedera kepala, hematoma epidural, hematoma subdural, hematoma subarachnoid, hematoma intraserebral], stroke iskemik, stroke hemoragik, hipoksia, ensefalopati iskemik, pascaoperasi), Peningkatan tekanan vena (mis. akibat trombosis sinus vena serebral, gagal jantung, trombosis/obstruksi vena jugularis atau vena kava superior), Obstruksi aliran cairan serebrospinalis (mis. hidrosefalus), Hipertensi intrakranial idiopatik

Gejala dan Tanda Mayor:

Subjektif : sakit kepala

Objektif : Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure) melebar, Bradikardia, Pola napas ireguler, Tingkat kesadaran menurun, Respon pupil melambat atau tidak sama, Refleks neurologis terganggu

Gejala dan Tanda Minor:

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : Gelisah, Agitasi, Muntah (tapa disertai mual), Tampak lesu/lemah, Fungsi kognitif terganggu, Tekanan intrakranial (TIK) ≥ 20 mmHg, Papiledema, Postur deserebrasi (ektensi).

Kondisi Klinis Terkait :

Cedera kepala, Iskemik serebral, Tumor serebral, Hidrosefalus, Hematoma kranial, Pembentukan arteriovenous, Edema vasogenik atau sitotoksik serebral, Hiperemia, Obstruksi aliran vena

4. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

Penyebab:

Kerusakan integritas struktur tulang, Perubahan metabolisme, Ketidakbugaran fisik, Penurunan kendali otot, Penurunan massa otot, Penurunan kekuatan otot, Keterlambatan perkembangan, Kekakuan sendi, Kontraktur, Malnutrisi, Gangguan muskuloskeletal, Gangguan neuromuskular, Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, Efek agen farmakologis, Program pembatasan gerak, Nyeri, Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, Kecemasan, Gangguan kognitif, Keengganan melakukan pergerakan, Gangguan sensoripersepsi

Gejala dan Tanda Mayor:

Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif : Kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun.

Gejala dan Tanda Minor:

Subjektif : Nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak

Objektif : Sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

Kondisi Klinis Terkait :

Stroke, Cedera medula spinalis, Trauma, Fraktur, Osteoarthritis, Ostemalasia, Keganasan

5. Risiko Defisit Nutrisi (D.0032)

Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Faktor Risiko :

Ketidakmampuan menelan makanan, Ketidakmampuan mencerna makanan, Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, Peningkatan kebutuhan metabolisme, Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi), Faktor psikologis (mis. stres, keengganan untuk makan)

Kondisi Klinis Terkait :

Stroke, Parkinson, Mobius syndrome, Cerebral palsy, Cleft lip, Cleft palate, Amyotrophic lateral sclerosis, Kerusakan neuromuskular, Luka bakar, Kanker, Infeksi, AIDS, Penyakit Crohn's, Enterokolitis, Fibrosis kistik

6. Risiko Kerusakan Integritas Kulit (D.0139)

Berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).

Faktor Risiko :

Perubahan sirkulasi, Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), Kekurangan/kelebihan volume cairan, Penurunan mobilitas, Bahan kimia iritatif, Suhu lingkungan yang ekstrem, Faktor mekanis (mis. penekanan, gesekan) atau faktor listrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi), Terapi radiasi, Kelembaban, Proses penuaan,

Neuropati perifer, Perubahan pigmentasi, Perubahan hormonal, Penekanan pada tonjolan tulang, Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan.

Kondisi Klinis Terkait :

Imobilisasi, Gagal jantung kongestif, Gagal ginjal, Diabetes melitus, Imunodefisiensi (mis. AIDS), Kateterisasi jantung

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan atau intervensi keperawatan merupakan suatu rencana yang disusun dengan tujuan berdasarkan tindakan yang akan dilaksanakan kepada pasien guna mempermudah perawatan untuk melakukan tahap implementasi. (Wijaya & Putri, 2019). Berikut merupakan intervensi keperawatan sesuai diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien CVA Infark sesuai dengan SLKI dan SIKI (PPNI,2018)

Tabel 2. Daftar Intervensi Keperawatan pada Pasien CVA Infark

No.	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (D.0001)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan bersihan jalan nafas pasien meningkat dengan kriteria hasil (L.01001): 1) Batuk efektif meningkat 2) Produksi sputum menurun 3) Mengi menurun 4) Wheezing menurun 5) Mekonium (pada neonatus) menurun 6) Dispnea menurun	Penghisapan Jalan Napas (1.01020) Definisi: Membersihkan sekret dengan memasukkan kateter suction bertekanan negatif kedalam mulut, nasofaring, trakea dan endotrachealtube (EIT). Observasi: 1. Identifikasi kebutuhan dilakukan penghisapan 2. Auskultasi suara napas sebelum dan setelah dilakukan penghisapan 3. Monitor status oksigenasi (SaO ₂ dan SVO ₂), status neurologis (status mental, tekanan intrakranial, tekanan perfusi serebral) dan status hemodinamik (MAP dan irama jantung) sebelum, selama dan setelah Tindakan

		<p>7) Ortopnea menurun 8) Sulit bicara menurun 9) Sianosis menurun 10) Gelisah menurun 11) Frekuensi napas membaik 12) Pola napas membaik</p>	<p>4. Monitor dan catat warna, jumlah dan konsistensi sekret</p> <p>Terapeutik :</p> <p>5. Gunakan teknik aseptik (mis. gunakan sarung tangan, kaca mata atau masker, jika perlu)</p> <p>6. Gunakan prosedural steril dan disposibel</p> <p>7. Gunakan teknik penghisapan tertutup, sesuai indikasi</p> <p>8. Pilih ukuran kateter suction yang menutupi tidak lebih dari setengah diameter ETT</p> <p>9. Lakukan penghisapan mulut, nasofaring, trakea dan/atau endotracheal tube (ETT)</p> <p>10. Berikan oksigen dengan konsentrasi tinggi (100%) paling sedikit 30 detik sebelum dan setelah Tindakan</p> <p>11. Lakukan pengisapan lebih dari 15 detik</p> <p>12. Lakukan pengisapan ETT dengan tekanan rendah (80 - 120 mmHg)</p> <p>13. Lakukan penghisapan hanya di sepanjang ET T untuk meminimalkan invasive</p> <p>14. Hentikan pengisapan dan berikan terapi oksigen jika mengalami kondisi-kondisi seperti bradikardi, penurunan saturasi.</p> <p>15. Lakukan kultur dan uji sensitifitas sekret, jika perlu</p> <p>Edukasi :</p> <p>16. Anjurkan melakukan teknik napas dalam, sebelum melakukan penghisapan di nasothacheal</p> <p>17. Anjurkan bernapas dalam dan elan selama insersi kateter suction</p>
--	--	--	---

2.	Pola Nafas Tidak Efektif (D.0005)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil (L.01003):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Dispnea menurun 3) Bunyi napas tambahan menurun 4) Pusing menurun 5) Penglihatan kabur menurun 6) Diaforesis menurun 7) Gelisah menurun 8) Napas cuping hidung menurun 9) PCO2 membaik 10) PO2 membaik 11) Takikardia pH arteri membaik 12) Sianosis membaik 13) Pola napas membaik 14) Warna kulit membaik 	<p>Manajemen Jalan Nafas (1.01011)</p> <p>Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan nafas</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (umlah, wama, aroma) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal) 5. Posisikan semi-Fowler atau Fowler 6. Berikan minum hangat 7. Lakukan flsioterapi dada, jika perlu 8. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 9. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 10. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 11. Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 13. Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
----	-----------------------------------	--	---

3.	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (D.0066)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan Kapasitas Adaptif Intrakranial meningkat dengan kriteria hasil (L.06049): <ol style="list-style-type: none"> 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Fungsi kognitif meningkat 3) Sakit kepala menurun 4) Gelisah menurun 5) Agitasi menurun 6) Muntah menurun 7) Postur deserebrasi (ekstensi) menurun 8) Papiledema menurun 9) Tekanan darah membaik 10) Tekanan nadi (pulse pressure) membaik 11) Bradikardia membaik 12) Pola napas membaik 13) Respon pupil membaik 14) Refleks neurologis membaik 15) Tekanan intrakranial membaik 	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194) Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan tekanan dalam rongga kranial. Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia 8. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) 9. Monitor gelombang ICP 10. Monitor status pemapasan 11. Monitor intake dan output cairan 12. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi) Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 13. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 14. Berikan posisi semi Fowler 15. Hindari Maneuver Valsava
----	---	--	--

			<p>16. Cegah terjadinya kejang</p> <p>17. Hindari penggunaan PEEP</p> <p>18. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</p> <p>19. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal</p> <p>20. Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>21. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu</p> <p>22. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</p> <p>23. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p>
4.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil (L.05042):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat 4) Kaku sendi menurun 5) Gerakan tidak terkoordinasi menurun 6) Gerakan terbatas menurun 7) Kelemahan fisik menurun 	<p>Perawatan tirah baring (1.14572)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kondisi kulit 2. Monitor komplikasi tirah baring <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Tempatkan pada kasur terapeutik, jika tersedia 4. Posisikan senyaman mungkin 5. Pertahankan seprei tetap kering, bersih, dan tidak kusut 6. Pertahankan kebersihan pasien 7. Berikan latihan gerak atau pasif 8. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari <p>Edukasi :</p> <p>Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring, dan ajarkan kepada keluarga</p>

5.	Risiko Defisit Nutrisi (D.0032)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil (L.03030):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2) Kekuatan otot pengunyah 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 pilihan minuman yang sehat meningkat 8) Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat 9) Penyiapan dari penyimpanan makanan yang aman meningkat 10) Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat 11) Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat 	<p>Manajemen Nutrisi (1.03119) Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang 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"> 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu
----	---------------------------------	--	--

		<p>12) Perasaan cepat kenyang menurun</p> <p>13) Nyeri abdomen menurun</p> <p>14) Sariawan menurun</p> <p>15) Rambut rontok menurun</p> <p>16) Diare menurun</p> <p>17) Berat badan membaik</p> <p>18) indeks Massa Tubuh (IMT) membaik</p> <p>19) Frekuensi makan membaik</p> <p>20) Nafsu makan membaik</p> <p>21) Bising usus membaik</p> <p>22) Tebal lipatan kulit trisep membaik</p> <p>23) Membran mukosa membaik</p>	<p>19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>
6.	Risiko Kerusakan Integritas Kulit (D.0139)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil (L.14125):</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 	<p>Pencegahan Luka Tekan (1.14543)</p> <p>Definisi : Mengidentifikasi dan menurunkan risiko kematian jaringan pada area penonjolan tulang akibat penekanan atau gesekan terus menerus.</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa luka tekan dengan menggunakan skala 2. Periksa adanya luka tekan sebelumnya 3. Monitor suhu kulit yang tertekan 4. Monitor berat badan dan perubahannya 5. Monitor status kulit harian 6. Monitor ketat area yang memerah

		<p>7) Perdarahan menurun 8) Kemerahan menurun 9) Hematoma menurun 10) Pigmentasi abnormal menurun 11) Jaringan parut menurun 12) Nekrosis menurun 13) Abrasi kornea menurun 14) Suhu kulit membaik 15) Sensasi membaik 16) Tekstur membaik 17) Pertumbuhan rambut membaik</p>	<p>7. Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi 8. Monitor sumber tekanan dan gesekan 9. Monitor mobilitas dan aktivitas individu Terapeutik : 10. Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin 11. Gunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air 12. Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam 13. Buat jadwal perubahan posisi 14. Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang 15. Jaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan 16. Gunakan kasur khusus, jika perlu 17. Hindari pemijatan di atas tonjolan tulang 18. Hindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan 19. Hindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi 20. Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori Edukasi : 21. Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit 22. Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit 23. Ajarkan cara merawat kulit</p>
--	--	---	---

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Menurut (Mufidaturrohmah, 2017) Tahap implementasi atau pelaksanaan merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Pada tahap ini, perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien.

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut (Mufidaturrohmah, 2017) evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasilnya. Tujuannya adalah untuk mengetahui perawatan yang diberikan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif adalah hasil dari umpan balik selama proses keperawatan berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah proses keperawatan selesai dilaksanakan dan memperoleh informasi efektifitas pengambilan keputusan.

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien digunakan komponen SOAP diantaranya :

S : Data Subjektif

Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O : Data Objektif

Hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A : Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah atau diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan data objektif.

P : Planning

Perencanaan keperawatan yang akan di lanjutkan, di hentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah di tentukan sebelumnya. (Nikmatur, 2018).