

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Medis

2.1.1 Definisi Sroke

Stroke adalah penyakit atau gangguan fungsi otak berupa kelumpuhan saraf akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Stroke didefinisikan sebagai penyakit akibat terhentinya sulai darah ke otak karena sumbatan (stroke iskemik) atau perdarahan (*stroke hemoragik*). Penyakit ini disebabkan oleh keadaan iskemik atau proses hemoragik yang seringkali diawali oleh adanya lesi pada pembuluh darah arteri. Stroke dibagi menjadi dua, yaitu stroke iskemik dan hemoragik, stroke iskemik lebih sering terjadi dari pada stroke hemoragik (Goldszmidt & Caplan, 2019).

Stroke merupakan sindrom atau sekumpulan gejala dan tanda yang muncul akibat hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal (atau global) yang berkembang cepat (dalam detik atau menit). Stroke dapat menimbulkan masalah tidak hanya secara fisik namun juga masalah mental. Masalah mental yang muncul akibat stroke yaitu mengalami kebingungan, hilangnya ingatan visual dan verbal, kesulitan belajar dan berpikir, hilangnya konsentrasi dan kemampuan berorganisasi, masalah psikologis cemas dan frustrasi, yang sering diikuti depresi dan kemarahan. Sedangkan masalah keperawatan secara fisik kepada pasien stroke adalah gangguan personal hygiene salah satunya *hygiene* gigi dan mulut (Kristanti, 2020).

2.1.2 Etiologi Stroke

1. Trombosis Serebral

Arteriosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi adalah penyebab utama trombosis serebral yang merupakan penyebab utama dari stroke. Tanda-tanda trombosis serebral bervariasi, sakit kepala adalah hal yang tidak umum, beberapa pasien dapat mengalami pusing, perubahan kognitif, atau kejang dan beberapa pengalaman awitan yang tidak dapat dibedakan dari haemoragi intraserebral dan embolisme serebral. Secara umum embolisme serebral tidak terjadi secara tiba-tiba dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau prestesia pada setengah tubuh dapat mendahului awitan paralisis berat pada beberapa jam atau hari (Brunner & Suddart, 2020).

2. Embolisme Serebral

Abnormalitas patologik pada jantung kiri, seperti endokarditis infeksi, penyakit jantung rematik, dan infark miokard, serta infeksi pulmonal, adalah tempat asal emboli. Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya yang merusak sirkulasi serebral (Brunner & Suddart, 2020)

3. Iskemia serebral

Iskemia serebral (insufisiensi suplai darah ke otak) terutama karena kontriksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak (Brunner & Suddart, 2020).

4. Hemoragi serebral

Hemoragi dapat terjadi di luar durameter (hemoragi ektradural atau epidural) kedaruratan bedah neuro yang memerlukan perawatan segera, di bawah durameter (hemoragi subdural) periode pembentukan hematoma lebih lama dan menyebabkan tekanan pada otak, di ruang subaraknoid (hemoragi subaraknoid) dan terjadi akibat trauma atau hipertensi, atau di dalam substansi otak (hemoragi intraserebral) atau perdarahan di substansi dalam otak paling umum pada pasien dengan hipertensi dan aterosklerosis serebral, karena perubahan degeneratif karena penyakit ini biasanya menyebabkan ruptur pembuluh darah (Brunner & Suddart, 2020).

2.1.3 Manifestasi Klinis Stroke

Menurut Mutiasari (2019) stroke menyebabkan defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat dan jumlah aliran darah kolateral. Stroke akan meninggalkan gejala sisa karena fungsi otak tidak akan membaik sepenuhnya.

1. Kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (hemiparase atau hemiplagia).
2. Lumpuh pada salah satu sisi wajah anggota badan (biasanya hemiparesisi) yang timbul mendadak.
3. Tonus otot lemah atau kaku
4. Menurun atau hilangnya rasa
5. Gangguan lapang pandang (homonimus hemianopsia)

6. Bicara tidak lancar atau kesulitan memahami ucapan (afasia)
7. Bicara pelo atau cadel (disatria)
8. Gangguan presepsi
9. Gangguan status mental
10. Vertigo, mual, muntah atau nyeri kepala

2.1.4 Klasifikasi Stroke

Stroke terbagi menjadi dua macam, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik disebabkan oleh gangguan pasokan oksigen dan nutrisi ke sel-sel otak akibat bentukan trombus atau emboli. Keadaan ini dapat diperparah oleh terjadinya penurunan perfusi sistemik yang mengalir otak. Sedangkan stroke hemoragik terjadi karena terhalangnya suplai akibat perdarahan otak sehingga otak tercemar oleh kumpulan darah (hematom) atau darah masuk ke selaput otak subaraknoid yang disebut perdarahan subaraknoid.

Price & Wilson (2015) mengklasifikasikan stroke menjadi dua, yaitu:

1. Stroke Iskemik

Stroke Iskemik terjadi akibat berkurangnya aliran darah ke otak yang berlangsung selama hitungan detik sampai hitungan beberapa menit, apabila terjadi lebih dari beberapa menit maka akan terjadi infark atau kematian pada bagian jaringan otak. Stroke iskemik ini dibagi menjadi dua kategori besar yaitu oklusi trombolitik dan oklusi embolitik.

2. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah pada otak, biasanya kejadian berlangsung saat melakukan aktifitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Stroke hemoragik dapat terjadi pada jaringan otak itu sendiri (*parenkim*), ruang *subarachnoid*, *subdural* atau *epidural*.

2.1.5 Patofisiologi Stroke

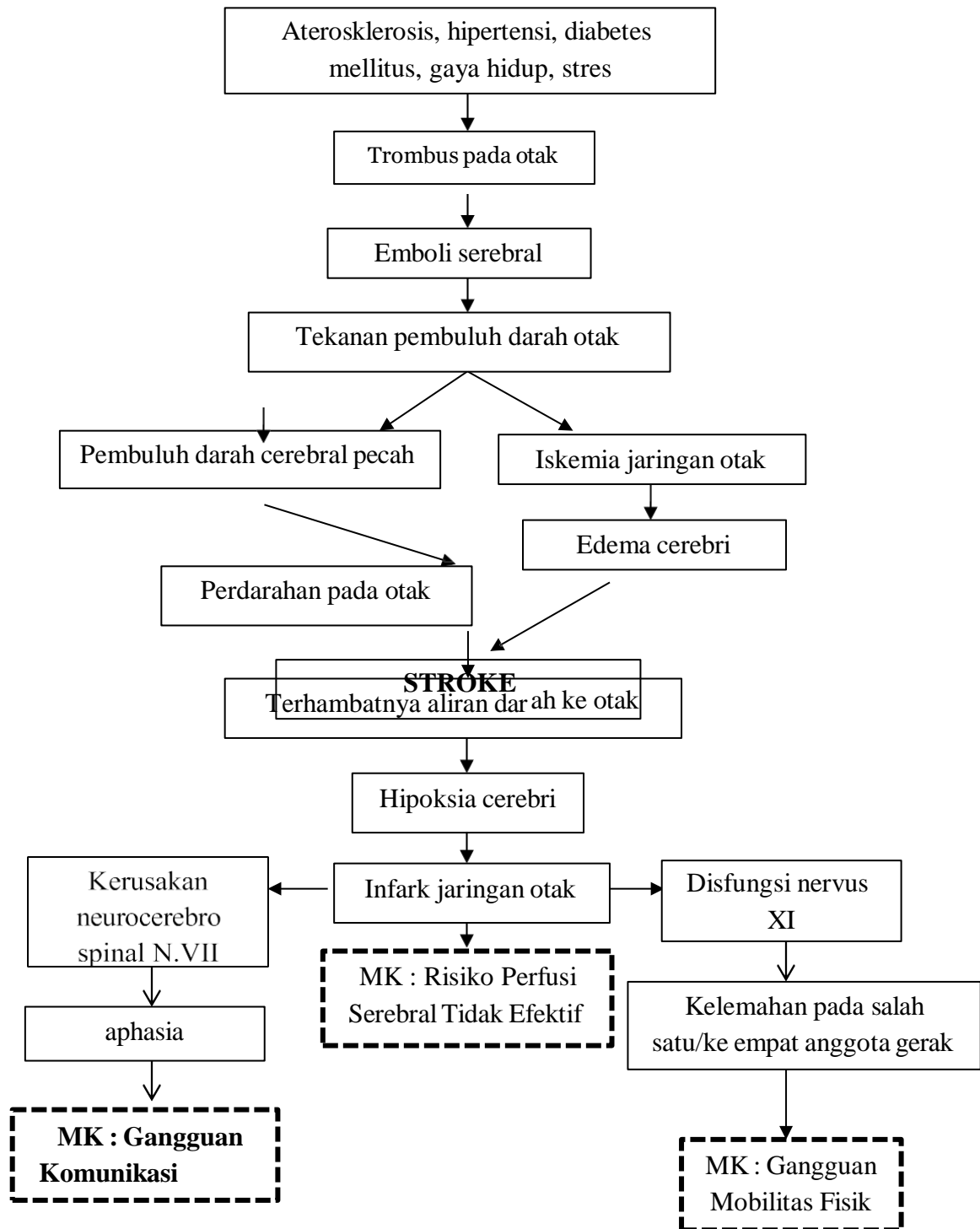
Stroke terjadi ketika ada gangguan suplai aliran darah otak di dalam arteri yang membentuk sirkulasi Willis, arteri karotis interna dan sistem vertebrobasilar atau semua cabangnya yang disebabkan oleh thrombus ataupun embolus sehingga terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Jika aliran darah ke otak terputus selama 15 sampai 20 menit., akan menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron dan akhirnya terjadi infark atau kematian jaringan. Oklusi di suatu arteri tidak selamanya menyebabkan infark pada area otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut., karena dimungkinkan terdapat sirkulasi kolateral yang memadai. Proses patologi yang terjadi pada pembuluh darah yang memperdarahi otak dapat berupa keadaan penyakit pada pembuluh darah itu sendiri seperti aterosklerosis, trombosis, robeknya dinding pembuluh atau peradangan, berkurangnya perfusi akibat gangguan status aliran darah (syok atau hiperviskositas darah), gangguan aliran darah akibat bekuan atau embolus yang berasal dari jantung dan pembuluh ekstrakranium,

ruptur vaskuler dalam jaringan otak atau ruang subaraknoid (Price & Wilson, 2015).

Stroke iskemik / non hemoragik disebabkan oleh adanya penyumbatan aliran darah otak oleh thrombus atau embolus. Thrombus umumnya terjadi karena berkembangnya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah, sehingga arteri menjadi tersumbat, aliran darah ke area thrombus menjadi berkurang, menyebabkan iskemia kemudian menjadi kompleks iskemia, akhirnya terjadi infark pada jaringan otak. Emboli disebabkan oleh embolus yang berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis. Terjadinya blok pada arteri tersebut menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan neurologis fokal.

Stroke hemoragik terjadi dimana pembuluh darah yang pecah menyebabkan darah mengalir ke substansi atau ruang subaraknoid yang menimbulkan perubahan komponen intrakranial yang seharusnya konstan. Adanya perubahan komponen intrakranial yang tidak dapat dikompensasi tubuh akan menimbulkan peningkatan TIK yang bila berlanjut akan menyebabkan herniasi otak sehingga timbul kematian. Disamping itu, darah yang mengalir ke substansi otak dan penekanan pada daerah tersebut menimbulkan aliran darah berkurang atau tidak ada sehingga terjadi nekrosis jaringan otak.

2.1.6 WOC Stroke



Bagan 2.1 WOC (Hartono, 2020)

2.1.7 Penatalaksanaan Stroke

Intervensi perawat pada pasien stroke menurut (Brunner & Suddart, 2020) meliputi :

1. Meningkatkan latihan mobilisasi dan mencegah deformitas
2. Mencegah bahu addukasi dan menghindari nyeri bahu
3. Meletakkan posisi tangan dan jari tangan dengan benar
4. Merubah posisi tangan tiap dua jam
5. Meningkatkan program latihan *range of motion* (ROM)
6. Melatih ambulasi dengan gerak dan berjalan
7. Memberikan bantuan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari dan memberikan dukungan terhadap kebutuhan psikologis pasien
8. Latihan meningkatkan persepsi sensoris dengan selalu memberikan stimulus pada organ yang mengalami penurunan sensoris
9. Melatih menelan bagi pasien yang mengalami kesulitan menelan yang dapat menyebabkan kekurangan nutrisi
10. Meningkatkan latihan komunikasi

2.1.8 Komplikasi Stroke

Beberapa komplikasi stroke, diantaranya (Junaidi, 2020) :

1. Dekubitus

Tidur yang terlalu lama karena lumpuh dapat mengakibatkan luka atau lecet pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat berbaring. Untuk mencegah itu, pasien harus sering dipindah atau digerakkan secara teratur tidak peduli seberapa parahnya pasien.

2. Bekuan darah

Mudah terjadi pada kaki yang lumpuh, penumpukan cairan dan pembengkakan, embolisme paru-paru.

3. Pneumonia

Terjadi karena biasanya pasien tidak dapat batuk atau menelan dengan baik sehingga menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya terinfeksi.

4. Kekuatan otot dan sendi

Terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot atau sendi, untuk itulah fisioterapi dilakukan sehingga kekakuan tidak terjadi atau minimal dikurangi.

5. Stress atau depresi

Terjadi karena pasien akan merasa putus asa dan tidak berdaya serta ketakutan akan masa depan.

2.2 Konsep Dasar Masalah Keperawatan

2.2.1 Definisi Mobilisasi Pada Pasien Stroke

Latihan mobilisasi atau rehabilitasi pada pasien stroke bertujuan untuk memperbaiki fungsi neurologis melalui terapi fisik dan teknik-teknik lain. Mobilitas dan rehabilitasi dini di tempat tidur merupakan suatu program rehabilitasi stroke. Tujuannya adalah untuk mencegah terjadinya kekakuan (kontraktur) dan kemunduran pemecahan kekakuan (dekondisioning), mengoptimalkan pengobatan sehubungan masalah

medis dan menyediakan bantuan psikologis pasien dan keluarganya (Juniadi,2019).

Latihan mobilisasi perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi penyakit lain. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh) (Joko dkk, 2020).

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2019).

Diagnosa keperawatan ditegakkan dengan pola PES, yaitu problem sebagai inti dari respon klien, Etiologi sebagai penyebab dari suatu masalah yang muncul, *Sign and symptom* sebagai tanda dan gejala dari suatu masalah. Diagnosa yang dapat ditegakkan adalah hambatan mobilitas fisik. Penyebab hambatan mobilitas fisik adalah penurunan kendali otot, penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensori presepsi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2019).

Tanda dan gejala intoleransi aktiviti hambatan mobilitas fisik meliputi data mayor dan data minor yang terdiri dari data subyektif

dan data obyektif menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2019), tanda dan gejala untuk masalah keperawatan intoleransi aktivitas yaitu :

Mayor :

Subyektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.

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

Minor :

Subyektif : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.

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

Diagnosa yang ditegakkan pada Stroke yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan data mayor subyektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, data mayor objektif : kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, data minor objektif : merasa cemas saat bergerak , dan data minor subyektif : sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah

Jadi, dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa mobilitas dapat menjadi terapi non farmakologi membantu meningkatkan kemandirian pada pasien stroke .

2.2.2 Manfaat Mobilisasi

Dapat mencegah kelemahan otot-otot, mempertahankan / memelihara kekuatan otot dan mencegah kekakuan sendi. (Dalam Dervis, 2019).

2.2.3 Penerapan Mobilisasi Pasien Stroke

Cara kerja teknik mobilisasi ini yaitu berfokus pada perubahan tirah baring 2 jam terbukti efektif untuk mencegah kekakuan otot pada pasien stroke. dengan cepat dan tepat melakukan tindakan ROM atau tindakan mobilisasi maka dapat mencegah komplikasi. tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu mengukur tekanan darah pasien sebelum melakukan latihan mobilisasi, mengatur posisi pasien dengan semi fowler yaitu dengan meninggikan kepala 30 derajat dengan melakukan ROM pasif pada bagian ekstremitas yang mengalami kelemahan atau kelumpuhan, mengukur tekanan darah pasien setelah melakukan ROM atau mobilisasi serta mengajarkan kepada keluarga cara merubah posisi klien (Atmojo Et Al., 2020).

2.2.4 Langkah-Langkah Latihan ROM Pasif

1. ROM Pergelangan Tangan
 - a. Pegang tangan dan jari pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien
 - b. Lakukan fleksi, ekstensi dan hiperekstensi pergelangan tangan
 - c. Lakukan fleksi dan ekstensi pada jari-jari pasien
2. ROM Siku
 - a. Letakkan tangan di atas siku pasien dan pegang tangannya dengan tangan lainnya
 - b. Lakukan fleksi dan ekstensi siku

3. ROM Lengan Bawah
 - a. Letakkan tangan pada pergelangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan yang lain
 - b. Lakukan pronasi dan supinasi lengan bawah
4. ROM Pergelangan Kaki
 - a. Letakkan tangan kiri diatas pergelangan kaki pasien dan tangan kanan memegang jari kaki
 - b. Lakukan fleksi dan ekstensi pergelangan kaki Lakukan inverse dan eversi pergelangan kaki Lakukan fleksi dan ekstensi jari-jari kaki
5. ROM Lutut
 - a. Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit dengan tangan lain
 - b. Lakukan fleksi sendi lutut ke arah dada
 - c. Lakukan ekstensi sendi lutut dengan mengangkat kaki pasien ke atas
 - d. Tindakan dilakukan selama 10 – 15 menit maksimal 2 kali sehari (Nopitasari, 2019).

2.2.5 Langkah-langkah latihan ROM *Spherical grip* (menggenggam bola)

- a. Dekatkan alat-alat ke pasien Perhatikan lingkungan sekitar
- b. Telapak tangan pasien yang lemah dibuka dan dihadapkan ke atas
- c. Bola diletakkan ditelapak tangan pasien sehingga membentuk seperti mangkuk
- d. Instruksikan pasien untuk meremas bola dengan jari tangannya

semampunya tanpa harus mengejan

- e. Menghitung gerakan meremas sampai hitungan 5 kali
- f. Istirahat 1 menit (lanjutkan mengulang gerakan diatas)
- g. Lakukan tindakan setiap 7 kali
- h. Setelah tindakan selesai atur kembali posisi pasien (Indrawati, 2020).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Mobilisasi Pasien Stroke

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas klien

a. Identitas klien

Meliputi : Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosa medik.

b. Identitas Penanggung Jawab

Meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien

2. Keluhan utama

Keluhan yang dapat muncul antara lain: nyeri kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah,kaku sendi.

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama. Keluhan lain yang

menyerta biasanya : sakit kepala , pusing, penglihatan buram, mual ,detak jantung tak teratur, nyeri dada.

4. Riwayat kesehatan Dahulu

Kaji adanya riwayat penyakit hipertensi , penyakit jantung, penyakit ginjal, stroke. Penting untuk mengkaji mengenai riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji didalam keluarga adanya riwayat penyakit hipertensi , stroke dan penyakit metabolik, penyakit menular seperti TBC, HIV, infeksi saluran kemih, dan penyakit menurun seperti diabetes militus, asma, dan lain-lain

6. Pemeriksaan Fisik

a. Sirkulasi

1) Gejala :

- a) Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/ katup dan penyakit serebrovaskuler
- b) Episode palpitasi

2) Tanda :

- a) Peningkatan tekanan darah
- b) Nadi denyutan jelas dari karotis,ugularis,radialis, takikardia
- c) Murmur stenosis vulvular
- d) Distensi vena jugularis

e) Kulit pucat, sianosis, suhu dingin (vasokonstriksi perifer)

f) Pengisian kapiler mungkin lambat / tertunda

b. Aktivitas/istirahat

1) Gejala : kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton.

2) Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea. Tanda

c. Nutrisi dan cairan

1) Gejala : Makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolesterol. Mual, muntah dan perubahan berat badan (meningkat/turun) dan riwayat penggunaan diuretik

2) Tanda : Berat badan normal atau obesitas, adanya edema, glikosuria

d. Eliminasi

Gejala : gangguan ginjal saat ini (seperti obstruksi) atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu.

e. Integritas ego

1) Gejala : riwayat perubahan kepribadian, ansietas, faktor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan).

2) Tanda : letupan suasana hati, gelisah, penyempitan perhatian, tangisan meledak.

f. Neurosensori

1) Gejala :

- a) Keluhan pening / pusing, berdenyut, sakit kepala, suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam)
- b) Gangguan penglihatan (diploopia, penglihatan kabur, epistaxis)

2) Tanda :

- a) Status mental, perubahan orientasi, pola/ isi bicara, efek, proses berpikir
- b) Penurunan kekuatan genggam tangan

g. Nyeri / ketidaknyamanan

Gejala : angina (penyakit arteri koroner / keterlibatan jantung), sakit kepala

h. Pernapasan

1) Gejala :

- a) Dipsnea yang berkaitan dari aktivitas/ kerja, takipnea, ortopnea atau natuk dengan / tanpa pembentukan sputum
- b) Riwayat merokok

2) Tanda :

- a) Distress pernapasan/penggunaan otot aksesori pernapasan
- b) Bunyi napas tambahan (crakles/mengi)
- c) Sianosis

i. Keamanan

Gejala : gangguan koordinasi/ cara berjalan, hipotensi postural.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pathway diagnosa yang muncul berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia oleh Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2019) pada kasus hipertensi adalah sebagai berikut :

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular
2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, frekuensi nadi meningkat, dan tekanan darah meningkat
3. Hipervolemia b.d gangguan aliran balik vena d.d dispnea, edema anasarka dan/atau edema perifer
4. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, dan tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat
5. Ansietas b.d kurang terpapar informasi d.d merasa khawatir dengan akibat kondisi yang dihadapi
6. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi d.d menanyakan masalah yang dihadapi
7. Resiko penurunan curah jantung d.d perubahan afterload
8. Resiko jatuh b.d gangguan penglihatan

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 8 jam, diharapkan gangguan rasa nyaman menurun yang dikarakteristikkan dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan otot 2. Rentang gerak (ROM) 3. Kaku sendi 4. Gerakan terbatas 5. Kelemahan fisik	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5. Fasilitasi melakukan pergerakan 6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 8. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 9. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan <p><i>Evidence Based Practice:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke (Puji indriani, Astri pradesti, 2020) 11. Genggam Bola Untuk Mengatasi Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Nonhemoragik (Nur Azizah, Wahyu Ningsih, 2020)
2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,

tampak meringis, frekuensi nadi meningkat, dan tekanan darah meningkat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Tekanan darah membaik 7. Pola tidur membaik 	<p>frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri secara verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
		<p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik, dan relaksasi napas dalam) • Fasilitasi istirahat dan tidur <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode dan penyebab nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri • Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
		<p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
3. Hipervolemia b.d gangguan aliran balik vena d.d dispnea, edema anasarka dan/atau edema perifer	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluaran urin meningkat 3. Kelembaban membran mukosa meningkat 4. Asupan makanan meningkat 5. Edema menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Denyut nadi radial membaik 8. Mata cekung menurun 	<p>Manajemen Hipervolemia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamik, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO jika tersedia 4. Monitor intake output cairan 5. Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar Natrium, BUN, hematocrit, berat jenis urine)

-
6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma
 7. Monitor kecepatan infus secara ketat
 8. Monitor efek samping diuretik

Terapetik

9. Timbang berat bada setiap hari pada waktu yang sama
10. Batasi asupan cairan dan garam
11. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat

E :

12. Anjurkan melapor jika haluaran urine <0.5 ml/kg/jam dalam 6 jam
13. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari
14. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan
15. Ajarkan cara membatasi cairan

Kolaborasi

16. Kolaborasi pemberian diuretik
17. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic
18. Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy

4.	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, dan tekanan darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 3. Kecepatan berjalan meningkat 4. Kekuatan tubuh bagian atas	Manajemen Energi Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
----	--	---	---

berubah >20% dari kondisi istirahat	meningkat 5. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 6. Keluhan lelah menurun 7. Dispnea saat aktivitas menurun 8. Dispnea setelah aktivitas menurun 9. Perasaan lemah menurun 10. Tekanan darah membaik	Teraupetik 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 6. Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan 8. Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
<i>Evidence Based Practice</i>		
9. Anjurkan tirah baring 10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan		
Kolaborasi		
13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan		
5. Ansietas kurang informasi merasa dengan kondisi dihadapi	b.d terpapar d.d khawatir akibat yang Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Tekanan darah menurun 6. Tremor menurun 7. Pucat menurun 8. Pola tidur membaik	Reduksi Ansietas Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Teraupetik 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 6. Pahami situasi yang

			membuat ansietas
			7. Dengarkan dengan penuh perhatian
			8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
			9. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
			10. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang
			<i>Evidence Based Practice:</i>
			11. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami
			12. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
			13. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
			14. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
			15. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi kecemasan
			16. Latih teknik relaksasi
			Kolaborasi
			17. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i>

6.	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi d.d menanyakan masalah yang dihadapi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 4. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 5. Perilaku membaik	Edukasi Kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat T : 3. Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya
----	--	---	---

		<i>Evidence Based Practice</i>
		6. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
7.	Resiko penurunan curah jantung d.d perubahan afterload	Perawatan Jantung Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. <i>Ejection fraction</i> (EF) meningkat 3. <i>Cardiac index</i> (CI) meningkat 4. Palpitasi menurun 5. Bradikardia menurun 6. Takikardia menurun 7. Gambaran EKG aritmia menurun 8. Edema menurun 9. Distensi vena jugularis menurun 10. Dispnea menurun 11. Murmur jantung menurun 12. Tekanan darah membaik 13. <i>Capillary refill time</i> (CRT) membaik
		Observasi 1. Identifikasi tanda/gejala primer Penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, adema ortopnea paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CPV) 2. Identifikasi tanda /gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali ditensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama 6. Monitor saturasi oksigen 7. Monitor keluhan nyeri dada (mis. Intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri) 8. Monitor EKG 12 sadapan 9. Monitor aritmia 10. Monitor nilai laboratorium jantung (mis. Elektrolit, enzim jantung, BNP, Ntpro-BNP) 11. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktifitas

-
12. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis. Betablocker, ACEinhibitor, calcium channel blocker, digoksin)

Teraupetik

13. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman
14. Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolestrol, dan makanan tinggi lemak)
15. Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermiten, sesuai indikasi
16. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi hidup sehat
17. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu
18. Berikan dukungan emosional dan spiritual
19. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

Evidence Based Practice

20. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
21. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
22. Anjurkan berhenti merokok
23. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian
24. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian

Kolaborasi

25. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
 26. Rujuk ke program rehabilitasi jantung
-

8. Resiko jatuh b.d gangguan penglihatan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun 5. Jatuh saat naik tangga menurun 6. Jatuh saat di kamar mandi menurun 7. Jatuh saat membungkuk menurun 	<p>Pencegahan Jatuh</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 8. Pasang handrail tempat tidur 9. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 10. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 11. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 12. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien
--	---	---

Kolaborasi

13. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
 14. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
 15. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
 16. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
 17. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
-

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2019).

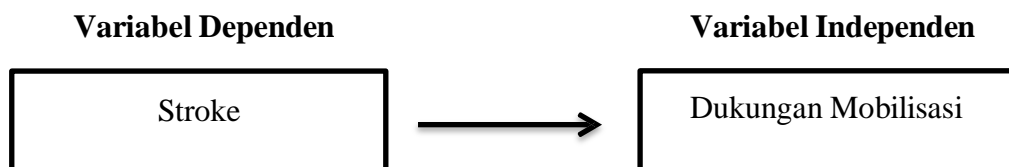
2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan suatu proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus-menerus terhadap respon pasien pada tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi proses atau promotif dilakukan setiap selesai tindakan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP sebagai pola pikirnya.

- S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- A : Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah tidak teratasi atau muncul masalah baru.
- P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien

2.4 Kerangka Konsep

Kerangka konsep ini dapat dijabarkan sebagai berikut :



Gambar 2.2 Kerangka konsep