

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit Stroke Non Hemoragik

1. Definisi stroke non hemoragik

Stroke, atau cedera serebrovaskular (CVA), adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare, 2002). Sebagian besar (80%) disebabkan oleh stroke non hemoragik. Stroke non hemoragik merupakan stroke yang dapat disebabkan oleh trombus dan emboli. Stroke non hemoragik akibat trombus terjadi karena penurunan aliran darah pada tempat tertentu di otak melalui proses stenosis.

Stroke non hemoragik merupakan sindroma klinis sebagai akibat dari gangguan vaskuler menurut (Sylvia A, 2006). Smeltzer & Bare (2009) menyatakan bahwa pada waktu stroke, aliran darah ke otak terganggu sehingga terjadinya iskemia yang berakibat kurangnya aliran glukosa, oksigen dan bahan makanan lainnya ke sel otak.

2. Etiologi stroke non hemoragik

Menurut Smeltzer (2001), stroke non hemoragik biasanya diakibatkan oleh trombosis dan emboli cerebral.

a. Trombosis cerebral

Thrombosit ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti disekitarnya. Keadaan yang dapat menyebabkan thrombosit cerebral:

- 1) Atherosklerosis/arteriosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya ketentuan atau elastisitas pembuluh darah.
- 2) Hypercoagulasi pada polysitemia merupakan darah bertambah kental, peningkatan viskositas hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebral
- 3) Arteritis (radang pada arteri)

b. Emboli

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh darah, lemak dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik.

Menurut Dewanto (2009), penyebab stroke non hemoragik adalah sebagai berikut :

- a. Vaskuler, arteriosklerosis, displasi fibromuskuler, inflamasi (*giant cell arteritis*, SLE, poloarteritis nodosa, angiitis granuloma, arteritis sifilitika, AIDS), diseksi arteri, penyalahgunaan obat, sindroma moyamoya, trombosis sinus, atau vena.
- b. Kelainan jantung, trombus mural, aritmia jantung, endokarditis infeksiosa dan noninfeksiosa, penyakit jantung rematik, penggunaan katup jantung prostetik, miskoma atrial, dan fibrilasi atrium.

3. Tanda dan gejala stroke non hemoragik

Menurut Indrawati, Sari, & Dewi (2016), gejala dan tanda stroke sering muncul secara tiba-tiba dan cepat. Oleh karena itu penting mengenali tanda-tanda atau gejala stroke. Beberapa gejala stroke antara lain sebagai berikut.

- a. Nyeri kepala hebat secara tiba-tiba
- b. Pusing, yakni merasa benda-benda disekitarnya berputar atau merasa goyang bila bergerak atau biasanya disertai mual dan muntah
- c. Bingung, terjadi gangguan orientasi ruang, waktu atau personal
- d. Pengelihatan kabur atau ketajaman pengelihatan menurun, bisa pada salah satu mata ataupun kedua mata
- e. Kesulitan bicara secara tiba-tiba, mulut terlihat tertarik ke satu sisi atau “perot”
- f. Kehilangan keseimbangan, limbung, atau jatuh
- g. Rasa kebas, yakni mati rasa, atau kesemutan pada satu sisi tubuh
- h. Kelemahan otot-otot pada satu sisi tubuh.

Berdasarkan gejala dan tanda serta waktu terjadinya serangan, dapat diperkirakan letak kerusakan jaringan otak serta jenis stroke yang menyerang yakni :

- a. Kesemutan atau kelemahan otot pada sisi kanan tubuh menunjukkan terjadinya gangguan pada otak belahan kiri
- b. Kehilangan keseimbangan menunjukkan gangguan terjadi di pusat keseimbangan, yakni antara lain daerah otak kecil (cerebellum). Serangan stroke yang terjadi saat penderita sedang istirahat atau tidur umumnya adalah stroke iskemik. Gejala munculnya secara bertahap dan kesadaran umum baik, kecuali iskemiknya terjadi karena sumbatan embolus yang berasal dari jantung maka gejala muncul mendadak dan sering disertai nyeri kepala.

4. Faktor resiko yang mempengaruhi stroke non hemoragik

Faktor resiko adalah hal-hal yang meningkatkan kecenderungan seseorang untuk mengalami stroke. Penelusuran faktor resiko penting dilakukan agar dapat

menghindari dan mencegah serangan stroke. Ada dua faktor resiko yang mempengaruhi stroke non hemoragik diantaranya faktor resiko yang dapat dikontrol dan faktor resiko yang tidak dapat dikontrol (Indrawati et al., 2016).

Faktor resiko yang dapat di kontrol yaitu :

- a. Pernah terserang stroke, seseorang yang pernah mengalami stroke, termasuk TIA, rentan terserang stroke berulang. Seseorang yang pernah mengalami TIA akan sembilan kali lebih beresiko mengalami stroke dibandingkan yang tidak mengalami TIA.
- b. Hipertensi, merupakan faktor risiko tunggal yang paling penting untuk stroke iskemik maupun stroke perdarahan. Pada keadaan hipertensi, pembuluh darah mendapat tekanan yang cukup besar. Jika proses tekanan berlangsung lama, dapat menyebabkan kelemahan pada dinding pembuluh darah sehingga menjadi rapuh dan mudah pecah. Hipertensi juga dapat menyebabkan arterosklerosis dan penyempitan diameter pembuluh darah sehingga mengganggu aliran darah ke jaringan otak.
- c. Penyakit jantung, beberapa penyakit jantung, antara lain fibrilasi atrial (salah satu jenis gangguan irama jantung), penyakit jantung koroner, penyakit jantung rematik, dan orang yang melakukan pemasangan katup jantung buatan akan meningkatkan resiko stroke. Stroke emboli umumnya disebabkan kelainan-kelainan jantung tersebut.
- d. Diabetes melitus (DM), seseorang dengan diabetes melitus rentan untuk menjadi aterosklerosis, hipertensi, obesitas, dan gangguan lemak darah. Seseorang yang mengidap diabetes melitus memiliki resiko dua kali lipat dibandingkan mereka yang tidak mengidap DM.

- e. Hiperkolesterolemia, dapat menyebabkan arterosklerosis yang dapat memicu terjadinya penyakit jantung koroner dan stroke itu sendiri.
- f. Merokok, perokok lebih rentan terhadap terjadinya stroke dibandingkan mereka yang bukan perokok. Hal tersebut disebabkan oleh zat nikotin yang terdapat di dalam rokok membuat kerja jantung dan frekuensi denyut jantung serta tekanan darah meningkat. Nikotin juga mengurangi kelenturan arteri yang dapat menyebabkan aterosklerosis.
- g. Gaya hidup, diet tinggi lemak, aktivitas fisik kurang, serta stres emosional dapat meningkatkan risiko terkena stroke. Seseorang yang sering mengonsumsi makanan tinggi lemak dan kurang melakukan aktivitas fisik rentan mengalami obesitas, diabetes melitus, aterosklerosis, dan penyakit jantung. Seseorang yang sering mengalami stres emosional juga dapat mempengaruhi jantung dan pembuluh darah sehingga berpotensi meningkatkan risiko serangan stroke.

Faktor-faktor resiko yang tidak dapat dikontrol. Ada beberapa faktor resiko terkena stroke yang tidak dapat ataupun dimodifikasi. Faktor-faktor tersebut antara lain faktor usia, jenis kelamin, ras, dan genetik/keturunan.

- a. Usia, resiko mengalami stroke meningkat seiring bertambahnya usia. Resiko semakin meningkat setelah usia 55 tahun. Usia terbanyak terkena serangan stroke adalah usia 65 tahun ke atas. Dari 2065 pasien stroke akut yang dirawat di 28 rumah sakit di Indonesia, 35,8% berusia diatas 65 tahun dan 12,9% kurang dari 45 tahun.
- b. Jenis kelamin, stroke menyerang laki-laki 19% lebih banyak dibandingkan perempuan

- c. Ras, stroke lebih banyak menyerang dan menyebabkan kematian pada ras kulit hitam, Asia, dan kepulauan Pasifik, serta Hispanik dibandingkan kulit putih. Pada kulit hitam diduga karena angka kejadian hipertensi yang tinggi serta diet tinggi garam.
- d. Genetik, resiko stroke meningkat jika ada orang tua atau saudara kandung yang mengalami stroke atau TIA.

5. Patofisiologi stroke non hemoragik

Menurut Grace, Pierce A & Borley (2007), lesi ekstrakranial paling sering adalah plak aterosklerotik pada percabangan karotis. Agregasi platelet dan selanjutnya *embolisasi platelet* menyebabkan gejala kular atau serebral. Gejala akibat berkurangnya aliran jarang terjadi pada daerah karotis, namun gejala vertebrobasilar biasanya berhubungan dengan aliran. Aliran balik pada arteri vertebralis pada keadaan oklusi arteri subklavia ipsilateral menyebabkan gejala serebral seperti tangan ‘mencuri’ darah dari serebelum – sindrom mencuri subklavia (*subclavian steal syndrome*).

6. Gambaran klinis stroke non hemoragik

Adapun gambaran klinis pasien stroke non hemoragik menurut Grace, Pierce A & Borley (2007) adalah sebagai berikut.

- a. Gejala serebral (kontralateral) : motorik (kelemahan, kecanggungan, atau paralisis ekstremitas). Sedangkan sensorik (baal, parastesia) berhubungan dengan kemampuan bicara (disfasia reseptif atau ekspresif).
- b. Gejala okular (ipsilateral) : amaurosis fugaks (kehilangan pengelihatan sementara yang digambarkan sebagai selubung yang menutupi lapang pandang)

- c. Gejala serebral (atau okular) dapat sementara (serangan iskemik sementara (*transient ischaemic attack*, TIA) merupakan defisit neurologis fokal atau okular yang berlangsung tidak lebih dari 24 jam) atau permanen (serangan stroke)
- d. Gejala vertebrobasilar, vertigo, ataksia, sakit kepala, sinkop, parestesia bilateral, halusinasi visual.
- e. Suatu bruit dapat didengar di sekitar arteri karotis, namun bukan merupakan indikator kelainan yang dapat dipercaya.

7. Pemeriksaan penunjang pasien stroke non hemoragik

Menurut Grace, Pierce A & Borley (2007), beberapa jenis pemeriksaan yang dilakukan oleh pasien stroke non hemoragik yaitu :

- a. Scan dupleks merupakan scan mode-B dan velositometer ultrasonik Doppler yaitu metode pilihan untuk menilai derajat stenosis karotis.
- b. Angiografi karotis, saat ini sering dilakukan MRA, yang lebih aman dari angiografi standar.
- c. CT scan atau MRI otak menampilkan adanya infark serebral.

B. Konsep Dasar Defisit Perawatan Diri pada Pasien Stroke Non Hemoragik

1. Definisi defisit perawatan diri pada pasien stroke non hemoragik

Defisit perawatan diri pada pasien stroke non hemoragik adalah suatu kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri yang disebabkan oleh beberapa faktor seperti gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis atau psikotik, dan penurunan motivasi (PPNI, 2016).

Defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktifitas perawatan diri (mandi, berhias, makan, toileting). Personal hygiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Kurang perawatan diri adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya (Perry & Potter, 2005).

Defisit perawatan diri terjadi bila tindakan perawatan diri tidak adekuat dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri yang disadari. Teori defisit perawatan diri bukan hanya saat keperawatan dibutuhkan saja, melainkan cara membantu orang lain dengan menerapkan metode bantuan, yaitu melakukan, memandu, mengajarkan, mendukung dan menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kemampuan individu untuk memenuhi tuntutan akan perawatan diri saat ini atau dimasa yang akan datang (Kozier, 2010).

2. Penyebab defisit perawatan diri pada pasien stroke non hemoragik

Agen pencedera fisiologis defisit perawatan diri adalah gangguan neuromuskuler (PPNI, 2016). Menurut William F (2008), iskemik dapat menimbulkan lesi atau kerusakan sel saraf pada upper motor neuron (UMN). Kerusakan saraf pada area Broadman 4-6 mengakibatkan hemiparesis pada anggota motorik.

Paralisis akibat lesi upper motor neuron biasanya mempengaruhi seluruh ekstremitas, kedua eksteremitas atau separuh bagian tubuh, maka dalam hal memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien dengan stroke non hemoragik memerlukan bantuan untuk memenuhi Activity of Daily Living (ADL), sehingga

pada pasien Stroke Non Hemoragik biasanya terjadi defisit perawatan diri yang disebabkan oleh gangguan neuromuskuler. (Smeltzer & Bare, 2009).

3. Gejala dan tanda

Tabel 1
Gejala dan Tanda Mayor & Minor Defisit Perawatan Diri
(Mandi)

Keterangan	Mayor	Minor
1	2	3
Subjektif	Menolak melakukan perawatan diri	(tidak tersedia)
Objektif	Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri Minat melakukan perawatan diri kurang	(tidak tersedia)

(Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia 2016)

4. Faktor penyebab defisit perawatan diri pada pasien stroke non hemoragik

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2010), defisit perawatan diri disebabkan oleh dua faktor yaitu :

- a. Faktor predisposisi defisit
 - 1) Perkembangan, dalam hal ini keluarga terlalu memanjakan pasien sehingga pasien tidak memiliki semangat untuk melakukan perawatan diri secara mandiri.
 - 2) Biologis, dalam hal ini penyakit kronis yakni Stroke Non Hemoragik yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri

3) Sosial, dalam hal ini kurang dukungan dari keluarga dan latihan kemampuan perawatan diri. Situasi lingkungan dan keluarga juga sangat mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri pasien dalam hal perawatan diri.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi merupakan faktor presipitasi personal hygiene adalah kurang motivasi, kerusakan kognisi atau perceptual, cemas, kelemahan yang dialami oleh pasien sehingga menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri menurut (Tarwoto dan Wartonah 2010).

5. Patofisiologi defisit perawatan diri pada pasien stroke non hemoragik

Menurut Smeltzer & Bare (2002), Stroke Non Hemoragik menyebabkan gangguan neuromuskuler. Salah satu gangguan neuromuskuler adalah kehilangan motorik. Berdasarkan pendapat Lumbantobing (2008), akson neuron sekunder melintasi garis tengah dan menuju pada sisi kontralateral, kemudian melalui thalamus menuju korteks sensorik pada area Brodmann di girus post sentralis. Menurut Irfan (2010), impuls baru mengakibatkan sel otak akan melakukan reorganisasi (mekanisme feed back dan feed forward).

Menurut William F (2008), iskemik dapat menimbulkan lesi atau kerusakan sel saraf pada upper motor neuron (UMN). Kerusakan saraf pada area Brodmann 4-6 mengakibatkan hemiparesis pada anggota motorik, baik motorik primer yang bertanggung jawab untuk gerakan volunter maupun motorik sekunder yang bertanggung jawab untuk gerakan-gerakan volunter dan deviasi konjugat dari mata dan kepala.

Sel-sel saraf (neuron) berkurang jumlahnya sehingga sintesis berbagai neurotransmitter berkurang. Berkurangnya jumlah neurotransmitter

mengakibatkan kecepatan hantaran impuls dan kemampuan transmisi impuls neuron sel efektor menurun. Hal tersebut mengakibatkan terganggunya kemampuan sistem saraf untuk mengirimkan informasi sensorik, mengenal dan mengasosiasikan informasi, memprogram dan memberi respon terhadap informasi sensorik (Muttaqin, 2008).

Lesi pada upper motor neuron yang melibatkan korteks motor, kapsula interna, medulla spinalis dan struktur lain pada otak menyebabkan terjadinya paralisis (kehilangan gerakan yang disadari). Paralisis akibat lesi upper motor neuron biasanya mempengaruhi seluruh ekstremitas, kedua ekstremitas atau separuh bagian tubuh, maka dalam hal memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien dengan stroke non hemoragik memerlukan bantuan untuk memenuhi Activity of Daily Living (ADL), sehingga pada pasien Stroke Non Hemoragik biasanya terjadi defisit perawatan diri yang disebabkan oleh gangguan neuromuskuler (Smeltzer & Bare, 2009).

6. Manifestasi klinis defisit perawatan diri pada pasien stroke non hemoragik

Menurut Smeltzer & Bare (2002), Stroke Non Hemoragik menyebabkan gangguan neuromuskuler, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Salah satu gangguan neuromuskuler adalah kehilangan motorik. Stroke merupakan penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Karena neuron motor atas melintas, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat

menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak.

Disfungsi motor paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis, atau kelemahan salah satu sisi tubuh. Di awal tahapan stroke, gambaran klinis yang muncul biasanya adalah paralisis dan hilang atau menurunnya refleks tendon dalam. Apabila refleks tendon dalam hal ini muncul kembali (biasanya dalam 48 jam), maka bisa mengakibatkan peningkatan tonus disertai dengan spastisitas (peningkatan tonus otot abnormal) pada ekstremitas yang terkena (Smeltzer & Bare, 2002).

Menurut Dewanto (2009), gejala klinis dan gangguan neuromuskuler yang ditemukan berguna untuk menilai lokasi iskemik, yang terdiri dari :

1. Gangguan peredaran darah arteri serebri anterior menyebabkan hemiparesis dan hemihipestasi kontralateral yang terutama melibatkan tungkai.
2. Gangguan peredaran darah arteri media menyebabkan hemiparesis dan hemihipestasi kontralateral yang terutama mengenai lengan disertai gangguan fungsi luhur berupa afasia (bila mengenai area otak dominan) dan *hemispatial neglect* (bila mengenai area otak nondominan).
3. Gangguan peredaran darah arteri serebri posterior menimbulkan hemiasnopi homonim atau kuadrantanospi kontralateral tanpa disertai gangguan motorik maupun sensorik.
4. Gangguan peredaran darah batang otak menyebabkan gangguan saraf kranial seperti disartri, diplopi dan vertigo, gangguan sereberal, seperti ataksia atau hilang keseimbangan atau penurunan kesadaran.

5. Infark lakunar merupakan infark kecil dengan klinis gangguan murni motorik atau sensorik tanpa disertai gangguan fungsi.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Defisit Perawatan Diri

1. Pengkajian

Menurut NANDA (2018), pengkajian merupakan tahap pertama yang paling penting dalam proses keperawatan. Pengkajian dibedakan menjadi dua jenis yaitu pengkajian skrining dan pengkajian mendalam. Kedua pengkajian ini membutuhkan pengumpulan data dengan tujuan yang berbeda. Menurut Potter,P.A (2011), pengkajian yang akurat akan membuat mungkin untuk membuat tujuan dan strategi yang sesuai bagi klien.

Menurut PPNI (2016), pengkajian pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan defisit perawatan diri (mandi) termasuk dalam kategori perilaku dan subkategori kebersihan diri. Pengkajian dilakukan sesuai dengan tanda mayor subjektif dan objektif. Pada data subjektif pasien menolak melakukan perawatan diri, sedangkan pada data objektifnya pasien tidak mampu mandi, berpakaian, makan, toileting dan minat melakukan perawatan diri kurang. Pengkajian pasien dengan defisit perawatan diri dengan tanda minor tidak tersedia.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya. Diagnosa keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau

berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri dari diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini disebut juga dengan diagnosis promosi kesehatan (PPNI, 2016).

Dalam penelitian ini diagnosa yang diambil adalah defisit perawatan diri (mandi) yang merupakan diagnosa aktual yang terdiri atas 3 bagian yaitu *problem, etiology, sign* dan *symptom*. Defisit perawatan diri termasuk kategori perilaku dan subkategori kebersihan diri. Tanda dan gejala mayor dari data subjektif adalah pasien menolak untuk melakukan perawatan diri, sedangkan data objektifnya adalah pasien tidak mampu mandi (PPNI, 2016).

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan terdiri atas luaran dan intervensi. Luaran (*outcome*) merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan Indonesia memiliki tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi dan kriteria hasil. Label merupakan nama sari luaran keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk memperoleh informasi terkait luaran keperawatan. Ekspektasi merupakan penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai, sedangkan kriteria hasil merupakan karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan. Klasifikasi luaran keperawatan defisit perawatan diri (mandi) termasuk dalam kategori perilaku dan subkategori kebersihan diri (PPNI,

2019).

Perencanaan merupakan pedoman tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai kebutuhan berdasarkan diagnosis keperawatan (Asmadi, 2008). Menurut PPNI (2018), intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Klasifikasi intervensi keperawatan defisit perawatan diri (mandi) termasuk dalam kategori perilaku yang merupakan intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung perubahan perilaku atau pola hidup sehat dan termasuk dalam subkategori kebersihan diri yang memuat kelompok intervensi yang memulihkan perilaku sehat dan merawat diri. Dalam perencanaan keperawatan dibuat prioritas dengan kolaborasi pasien dan keluarga, konsultasi tim kesehatan lain, modifikasi asuhan keperawatan dan catat informasi yang relevan tentang kebutuhan perawatan kesehatan pasien dan penatalaksanaan klinik.

Berikut ini luaran dan intervensi keperawatan pasien stroke non hemoragik dengan defisit perawatan diri (mandi) dengan label dukungan perawatan diri : mandi

Tabel 2

Intervensi pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Defisit Perawatan Diri (Mandi)

Diagnosis Keperawatan	Luaran dan Kriteria Hasil	Intervensi
Defisit Perawatan Diri (Mandi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri pasien meningkat dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Mempertahankan kebersihan diri meningkat	a. Dukungan perawatan diri : 1) Observasi a) Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri b) Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan c) Monitor kebersihan tubuh d) Monitor integritas kulit 2) Terapeutik a) Sediakan peralatan mandi b) Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman c) Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan d) Pertahankan kebiasaan kebersihan diri e) Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian 3) Edukasi a) Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan b) Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien (jika perlu)

(Sumber : PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019 dan PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018)

4. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Menurut Kozier *et al.* (2010), proses implementasi keperawatan

terbagi menjadi lima yaitu mengkaji kembali klien, menentukan kebutuhan perawat terhadap bantuan, mengimplementasikan intervensi keperawatan, melakukan supervisi terhadap asuhan yang didelegasikan dan mendokumentasikan tindakan keperawatan. Agar berhasil mengimplementasikan rencana asuhan, perawat memerlukan keterampilan kognitif, interpersonal dan teknis. Kerjasama yang baik antar pasien atau keluarga pasien sangat diperlukan untuk membuat kondisi pasien membaik.

5. Evaluasi keperawatan

Menurut Kozier *et al.* (2010), evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, pasien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, pasien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (*reassessment*).

Format yang digunakan dalam tahap evaluasi menurut Alimul and Hidayat (2012), yaitu format SOAP yang terdiri dari :

- a. *Subjective*, yaitu informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan yang diberikan. Pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan defisit perawatan diri diharapkan pasien tidak menolak untuk melakukan perawatan diri (mandi).
- b. *Objective*, yaitu informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan. Pada pasien defisit perawatan diri indikator evaluasi menurut PPNI (2019), yaitu kemampuan mandi pasien meningkat dan pasien mampu mempertahankan kebersihan diri.

- c. *Assesment*, yaitu membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil. Kemudian ditarik kesimpulan dari tiga kemungkinan simpulan, yaitu :
- 1) Tujuan tercapai, yaitu respon pasien yang menunjukkan perubahan dan kemajuan yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.
 - 2) Tujuan tercapai sebagian, yaitu respon pasien yang menunjukkan masih dalam kondisi terdapat masalah.
 - 3) Tujuan tidak tercapai, yaitu respon pasien tidak menunjukkan adanya perubahan kearah kemajuan.
- d. *Planning*, yaitu rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.