

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep teori dan konsep asuhan keperawatan *CVA Infark*. Adapun yang akan diuraikan pada halaman ini meliputi definisi, klasifikasi, manifestasi klinis, patofisiologi, faktor resiko, penatalaksanaan, pemeriksaan penunjang, pathway, dan konsep asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

2.1 Konsep Dasar Teori *CVA Infark*

2.1.1 Definisi CVA

Menurut World Health Organization (WHO) Stroke atau CVA adalah tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global karena adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih (Astannudinsyah et al., 2020).

Cerebro vascular accident (CVA) infark adalah penyakit yang terjadi ketika Berhenti nya pasokan darah yang menuju otak terganggu atau bahkan berkurang sehingga bisa Mengakibatkan jaringan otak mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi (Anggraini et al., 2024).

2.1.2 Klasifikasi CVA *infark*

Menurut Maria (2021), jenis CVA *infark* ada dua yaitu :

a) Stroke iskemik emboli

adalah jenis stroke akibat adanya sumbatan pada pembuluh darah otak seperti bekuan lemak, udara dan darah. Trombus yang terlepas dari jantung dan tersumbat pada sistem arteri disebut emboli.

b) Stroke iskemik trombotik

merupakan jenis stroke akibat penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak akibat adanya thrombus, maupun aterosklerosis yang mengakibatkan suplai darah, oksigen, dan energi menuju ke otak berkurang atau terhenti yang dapat menyebabkan kematian jaringan pada otak.

2.1.3 Etiologi

Menurut Syamsuddin et al (2023), penyebab CVA *infark* yaitu :

1) Trombosis Cerebral Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami okulasi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya.

2) Hemoragik

Perdarahan intrakranial atau intraselebral termasuk perdarahan dalam ruang subarchoid atau kedalam jaringan otak sendiri, perdarahan ini dapat terjadi karena atherosklerosis dan hipertensi.

3) Hipoksia umum

Beberapa penyebab yang dengan hipoksia umum adalah Hipertensi yang parah, *Cardiac Pulmonary Arrest*, *Cardiac Output* turun akibat aritmia.

4) Hipoksia Setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah Spasme arteri serebral yang disertai perdarahan subarachnoid, vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migraine.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke/Gejala klinis CVA meliputi :

1) Hemiparesis (kelemahan) atau hemiplegia (paralisi)

adalah kelemahan dari satu bagian tubuh bisa terjadi setelah stroke. Penurunan kemampuan ini biasanya disebabkan oleh stroke arteri serebral anterior atau media sehingga mengakibatkan infark pada bagian otak yang mengontrol gerakan saraf motorik dari korteks bagian depan hemiplegia menyeluruh bisa terjadi pada setengah bagian dari wajah dan lidah juga pada lengan dan tungkai pada sisi bagian tubuh yang sama infark yang terjadi pada bagian otak sebelah kanan akan menyebabkan hemiplegia bagian kiri tubuh atau sinistra dan sebaliknya karena jaringan saraf berjalan bersilangan dalam jalur piramid dari otak ke saraf spinal yang menyebabkan atau biasanya mempengaruhi bagian kortikal lain selain pada saraf motorik sebagai akibat hemiparesis atau hemiplegia biasanya sering disertai oleh manifestasi stroke lainnya seperti kehilangan sensoris sebagian,

kebutaan sebagian, tidak bisa melakukan gerakan tertentu (apraksia), tidak bisa merasakan atau mengenali sesuatu (agnosia) dan gangguan komunikasi (afasia) (Maria, 2021).

2) Gangguan bicara

Pasien stroke dapat pula menunjukkan gejala bicara tidak jelas (pelo) atau tidak dapat bicara (afasia). Hal ini pada umumnya disebabkan oleh karena kelumpuhan saraf otak nomor 12 atau lobus fronto-temporal di otak (Pinzon, 2016)

3) Disartria

Disartria adalah istilah kolektif untuk kelompok gangguan bicara yang diakibatkan oleh kelumpuhan, kelemahan, atau inkoordinasi otot-otot bicara setelah kerusakan pada sistem saraf pusat atau perifer. Definisi disartria mencakup gangguan salah satu komponen dasar yang mendasari produksi bicara (yaitu, respirasi, fonasi, artikulasi, resonansi, dan prosodi) (Maria, 2021).

4) Disfagia

Menelan adalah proses yang kompleks karena membutuhkan beberapa fungsi dari saraf kranial (SK). Mulut harus terbuka (SK V), lidah harus tertutup (SK VII) dan lidah harus bergerak (SK XII). Mulut harus bisa merasakan jumlah dan kualitas gumpalan makanan yang ditelan (SK V dan SK VII) dan harus bisa mengirimkan pesan ke pusat menelan (SK V dan IX). Selama aktivitas menelan lidah menggerakkan gumpalan makanan ke arah orofaring faring akan

terangkat dan glotis menutup. Gerakan otot faring akan mengirim makanan dari faring ke esofagus kemudian dengan gerakan peristaltik mendorong makanan ke dalam perut. Stroke yang terjadi di daerah vertebrobasilar mengakibatkan terjadinya disfagia (Maria, 2021).

5) Penurunan kesadaran

Kesadaran manusia dipertahankan oleh sebuah sistem di otak yang disebut ARAS (Ascending Reticular Activating System). Sistem ini membuat seseorang terjaga. Pada kasus stroke yang langsung mengenai pusat sistem kesadaran atau mendesak pusat sistem kesadaran dapat dijumpai penurunan kesadaran. Penurunan kesadaran yang terjadi mendadak haruslah dicurigai sebagai sebuah stroke, sampai terbukti bukan (Pinzon, 2016).

6) Perubahan penglihatan

Penglihatan merupakan proses yang kompleks dan dikontrol oleh beberapa bagian dalam otak. Stroke Pada lobus parietal atau temporal bisa mengganggu jaringan penglihatan dari saluran optik ke korteks oksipital dan mengganggu ketajaman penglihatan. Persepsi kedalaman dan penglihatan pada garis horizontal dan vertikal bisa juga terganggu. Pada pasien dengan hemiplegia dapat menyebabkan masalah pada penampilan motorik dalam cara berjalan dan berdiri pasien mungkin merasakan atau tidak merasakan kesulitan dalam hal persepsi tetapi hal tersebut bisa menyebabkan mereka rentan

kecelakaan dan perilaku mereka akan tampak aneh. gangguan penglihatan akan mempengaruhi kemampuan pasien untuk mempelajari kembali keterampilan motorik (Maria, 2021).

7) Pusing berputar

Pusing berputar/ vertigo adalah salah satu gejala stroke. Pusing berputar dapat disertai dengan gejala mual/ muntah ataupun tidak. Gangguan pada sistem keseimbangan di otak kecil / cerebellum akan menimbulkan gejala pusing berputar. Gejala pusing berputar dapat pula disertai oleh gejala lain, misalnya bicara pelo dan gangguan koordinasi (Pinzon, 2016).

8) Inkontinensia

kondisi hilangnya kontrol kandung kemih, sehingga pengidap bisa mengeluarkan urine tanpa disadari. Bukan hanya memalukan, tetapi inkontinensia urine juga merupakan tanda kesehatan tertentu (Maria, 2021).

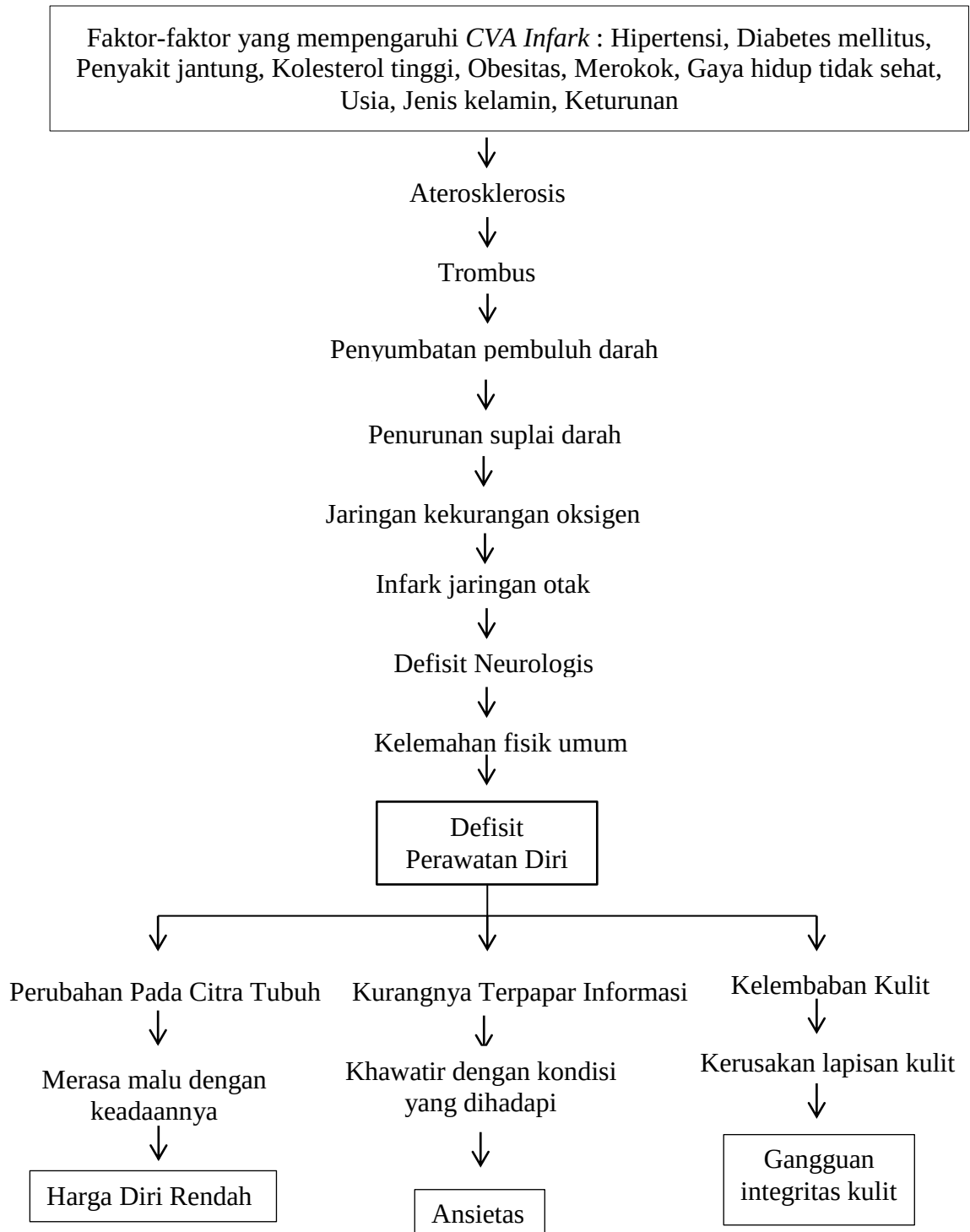
2.1.5 Faktor Resiko

Menurut Masriana et al (2021), faktor resiko dari penyakit CVA yaitu sebagai berikut :

- 1) faktor yang tidak dapat diubah seperti genetik, jenis kelamin, dan usia
- 2) faktor yang dapat diubah adalah hipertensi, gaya hidup seperti perilaku merokok, konsumsi alkohol, dan diabetes mellitus.

2.1.6 Patofisiologi

1) Skema



(Gambar 2.1 (NANDA, 2016))

2) Uraian

Faktor yang mempengaruhi terjadinya CVA (*Cerebro Vascular Accident*) yaitu Hipertensi, Diabetes mellitus, Penyakit jantung, Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan. Faktor terjadinya CVA *infark* yaitu penumpukan lemak, kolesterol di dinding pembuluh darah (aterosklerosis) yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah), sehingga jaringan kekurangan pasokan oksigen dan menyebabkan infark jaringan otak, faktor tersebut dapat menimbulkan *deficit neurologis* (saraf – saraf) di otak, dan terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah **defisit perawatan diri**. Jika klien terus menerus ketergantungan kepada orang lain maka akan menimbulkan masalah keperawatan **Harga Diri Rendah**. jika kebutuhan perawatan diri klien tidak terpenuhi dikarenakan kurangnya pengetahuan maka akan menimbulkan masalah keperawatan **Ansietas**. Kurangnya kelembaban kulit klien yang ditandai dengan kerusakan lapisan kulit maka akan menimbulkan masalah keperawatan **Gangguan Integritas Kulit**.

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Syamsuddin et al (2023), penatalaksanaan CVA sebagai berikut :

1) Penatalaksanaan Umum

- a) Posisi kepala dan badan atas 20- 30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Boleh dimulai mobilisasi bertahap bila hemodinamika stabil
- b) Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigenasi 1-2 liter/menit bila ada hasil AGD
- c) Kosongkan kandung kemih dengan kateter bila penuh
- d) Kontrol tekanan darah dipertahankan normal
- e) Suhu tubuh harus dipertahankan, apabila demam kompres dan berikan antipiretik sesuai indikasi
- f) Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik bila terdapat gangguan menelan atau pasien yang keasadaran menurun dianjurkan pasang NGT Mobilitas dan rehabilitas dini jika tidak ada kontra indikasi.

2) Penatalaksanaan Medis

Menggunakan Trombolitik, Antiplatelet atau antipiretik, Antikoagulan (Heparin), Hemorrhagea, Antagonis serotonin, Antagonis Calcium.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan CVA menurut Sutarwi et al (2020), yaitu:

- 1) Angiografi Serebral: identifikasi penyebab spesifik stroke, seperti perdarahan atau penyumbatan arteri.
- 2) Single-photon emission computed tomography (SPECT): untuk mendeteksi daerah abnormal dan daerah otak yang mendeteksi, menemukan, dan mengukur stroke (sebelum muncul pada pemindaian CT Scan) .
- 3) Computed tomography: Pemindaian ini menunjukkan, antara lain, lokasi edema, lokasi hematoma, keberadaan dan lokasi pasti infark atau iskemia di jaringan otak. Pemeriksaa ini harus segera (kurang dari 12 jam) dilakukan pada kasus dugaan perdarahan subaraknoid. Bila hasil CT Scan tidak menunjukkan adanya perdarahan subaraknoid, maka langsung dilanjutkan dengan tindakan fungsi lumbal untuk menganalisa hasil cairan serebrospinal dalam kurun waktu 12 jam. Kemudian dilanjutkan pemeriksaan spektrofotometri cairan serebrospinal untuk mendeteksi adanya xanthochro xanthochromia.
- 4) MRI: Hasil yang diperoleh dengan menilai lokasi dan derajat perdarahan otak menggunakan gelombang magnet adalah lesi dan infark karena perdarahan.MRI tidak dianjurkan untuk mendeteksi perdarahan dan tidak disarankan untuk mendeteksi perdarahan subarachnoid.

- 5) EEG: Penelitian ini bertujuan untuk melihat pengaruh jaringan otak
- 6) Pemeriksaan laboratorium: darah rutin, gula darah, urin rutin, cairan serebrospinal, AGD, biokimia darah, elektrolit, fungsi koagulasi, hitung darah lengkap.

2.2 Konsep Defisit Perawatan Diri

2.2.1 Definisi

Defisit perawatan diri merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami kelainan atau tidak mampu menyelesaikan aktivitas secara mandiri dan tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau nafas, dan penampilan tidak rapi (kesuma et al., 2024).

2.2.2 Etiologi

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), defisit perawatan diri disebabkan oleh :

- 1) Gangguan muskuloskeletal
- 2) Gangguan neuromuskuler
- 3) Kelemahan
- 4) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- 5) Penurunan motivasi/minat

Defisit perawatan diri pada stroke non hemoragik adalah suatu kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri secara mandiri yang disebabkan oleh gangguan

gangguan neuromuskuler (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Gangguan neuromuskuler pada stroke adalah suatu kondisi di mana terjadi kerusakan pada jalur saraf motorik di otak yang mengakibatkan terputusnya sinyal perintah dari otak ke otot. Hal ini menyebabkan otot tidak dapat berfungsi secara normal, baik dalam hal kekuatan maupun koordinasi gerak (Setiyawan et al., 2019).

2.2.3 Klasifikasi

Menurut SIKI (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), jenis defisit perawatan diri terdiri dari :

1) Defisit perawatan diri : Mandi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/beraktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.

2) Defisit perawatan diri : berpakaian

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian dan berhias untuk diri sendiri.

3) Defisit perawatan diri : makan/minum

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan dan minum secara mandiri.

4) Defisit perawatan diri : BAB/BAK

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi sendiri.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Tim Pokja

SDKI DPP PPNI, 2017), tanda dan gejala defisit perawatan diri adalah

Subjektif :

Pasien menyatakan enggan melakukan perawatan diri atau merasa tidak mampu.

Objektif :

- 1) Minat melakukan perawatan diri kurang.
- 2) Tidak mampu mandi/berpakaian/makan/ke toilet secara mandiri.
- 3) Rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki, kuku panjang, dan bau badan.

2.2.5 Penatalaksanaan

Menurut buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia intervensi Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), dari masalah defisit perawatan diri adalah :

1) Dukungan perawatan diri (I. 11348)

Definisi : Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri.

Tindakan

Observasi

- a) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- b) Monitor tingkat kemandirian
- c) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan

Terapeutik

- d) Sediakan lingkungan yang terapeutik

- e) Siapkan keperluan pribadi (misalnya : parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)
- f) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- g) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
- h) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
- i) Jadwalkan rutinitas perawatan diri

Edukasi

- j) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

2) Dukungan perawatan diri: BAB/BAK (I. 11349)

Definisi : Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB).

Tindakan

Observasi

- 1) Identifikasi kebiasaan BAK/BAK sesuai usia
- 2) Monitor integritas kulit pasien

Terapeutik

- 3) Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi
- 4) Dukung penggunaan toilet/ commode/ pispot/ urinal secara konsisten
- 5) Jaga privasi selama eliminasi
- 6) Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu

- 7) Bersihkan alat bantu BAB/BAK setelah digunakan
- 8) Latih BAB/BAK sesuai jadwal, jika perlu
- 9) Sediakan alat bantu (misalnya : kateter eksternal, urinal), jika perlu

Edukasi

- 10) Anjurkan BAB/BAK secara rutin
- 11) Anjurkan ke kamar mandi/ toilet, jika perlu

3) Dukungan perawatan diri: Berpakaian (I. 11350)

Definisi Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan berpakaian dan berhias.

Tindakan

Observasi

- 1) Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/ berhias

Terapeutik

- 2) Sediakan pakain pada tempat yang mudah dijangkau
- 3) Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan
- 4) Fasilitasi mengenakan pakaian, jika perlu
- 5) Fasilitasi berhias (misalnya: menyisir rambut, merapikan kumis/ jenggot)
- 6) Jaga privasi selama berpakaian
- 7) Tawarkan untuk laundry, jika perlu
- 8) Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara

mandiri

Edukasi

- 9) Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu
- 10) Ajarkan mengenakan pakaian, jika perlu

4) Dukungan perawatan diri: Makan/Minum (I. 11351)

Definisi Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan makan/ minum.

Tindakan

Observasi

- 1) Identifikasi diet yang dilakukan
- 2) Monitor kemampuan menelan
- 3) Monitor status hidrasi pasien, jika perlu

Terapeutik

- 4) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan
- 5) Atur posisi yang nyaman untuk makan/ minum
- 6) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- 7) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
- 8) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan
- 9) Sediakan makanan dan minuman yang disukai
- 10) Berikan bantuan saat makan/ minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu
- 11) Motivasi untuk makan di ruang makan, jika perlu

Edukasi

- 12) Jelaskan posisi makan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam

Kolaborasi

- 13) Kolaborasi pemberian obat, jika perlu

5) Dukungan perawatan diri: Mandi (I. 11352)

Definisi Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kebersihan diri.

Tindakan

Observasi

- (1) Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri
- (2) Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan
- (3) Monitor kebersihan tubuh (misalnya : rambut, mulut, kulit, kuku)
- (4) Monitor integritas kulit

Terapeutik

- (5) Sediakan peralatan mandi (misalnya : sabun, sikat gigi, shampoo)
- (6) Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman
- (7) Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan
- (8) Pertahankan kebiasaan kebersihan diri
- (9) Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

Edukasi

- (10) Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan

(11) Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis, berkesinambungan, yang meliputi tindakan yang mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok, baik yang aktual maupun yang potensial kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan (Polopadang, 2019).

Proses keperawatan berfungsi sebagai panduan sistematis untuk perawatan yang berpusat pada klien dengan 5 langkah berurutan. Ini adalah penilaian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Manurung et al., 2024).

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal pada proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Polopadang, 2019).

1) Identitas Umum

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis (Muttaqin, 2008).

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Keluhan yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Tarwoto, 2013).

b) Riwayat penyakit Sekarang

Riwayat Penyakit Sekarang adalah perjalanan penyakit yang dialami pasien saat ini seperti onset atau sejak kapan, lokasi, kronologis, kualitas (rasa sakit yang dirasakan), kuantitas (seberapa sering dirasakan), gejala penyerta dan faktor pencetus. Keluhan yang dirasakan pada pasien stroke saat ini seperti anggota badan yang lemas sampai-sampai tidak dapat digerakan sama sekali, penampilan tidak rapi dan bicara pelo sampai tidak bisa bicara sama sekali (Mutaqin, 2008).

c) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang

lama, penggunaan obat- obat antikoagulen, aspirin, fasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan (Tarwoto, 2013).

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu (Muttaqin, 2008).

e) Riwayat Psikososial-Spiritual

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola *persepsi* dan konsep diri menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak *kooperatif* . dalam pola penanganan, klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses pikir dan kesulitan berkomunikasi. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah *spiritual* karenatinkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

(1) Pola Interaksi dan Komunikasi

Biasanya klien tidak mampu menjawab pertanyaan dari perawat ataupun petugas medis lain karena gangguan *disatria* (pelo. cedal), *disfonia* (serak, bindeng), *afasia* (gangguan berbahasa), *aleksia* (kehilangan kemampuan membaca sebelumnya (Tarwoto, 2013).

(2) Konsep diri

(a) Gambaran diri

Klien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan klien tidak mau membebani keluarganya, sehingga klien hanya mampu berserah diri kepada tuhan, semoga segera diberikan kesembuhan (Getudris, 2019)

(b) Ideal diri

Klien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya

(c) Harga diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif

(d) Peran diri

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara

(e) Identitas diri

Penyakit stroke menyerang semua jenis kelamin, namun komposisi laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan

3) Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola nutrisi cairan/metabolisme

Nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut, kehilangan sensasi (rasa kecap, cabai, garam, cuka) pada lidah,

tenggorokan, pipi, disfagia ditandai dengan kien kesulitan dalam menelan (Tarwoto, 2013).

b) Pola eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus (Muttaqin, 2008).

c) Pola tidur dan istirahat

Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot (Tarwoto, 2013).

d) Pola aktivitas dan personal hygiene

Pada penderita stroke dengan *hemiplegi* dan *hemiparase* akan mengalami gangguan *personal hygiene* dengan melakukan disibin dan *oral hygiene* (Tarwoto, 2013)

e) Pola seksualitas/ reproduksi

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui siklus haid, usia menarche, haid terakhir, masalah dalam menstruasi, penggunaan kontrasepsi sebelumnya, pemeriksaan payudara mandiri dan masalah seksual klien yang berhubungan dengan penyakit (Tarwoto, 2013).

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Pada pasien stroke biasanya mengalami tingkat kesadaran somnolen dengan GCS 10-12 pada awal terserang stroke

(Tartowo, 2013).

Tingkat kesadaran pasien merupakan indikator pertama status neurologis pasien. Biasanya pada pasien CVA mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (*somnolen*), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (*apatis*), mengantuk yang dalam (*sopor*) *spoor* coma, hingga penurunan kesadaran (*coma*), dengan GCS < 12 pada awal terserang CVA. Saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan *compos mentis* dengan GCS 13-15 (Sulistiyawati, 2020)

Tabel 2.1 Tingkat Kesadaran berdasarkan Kualitatif

Kesadaran	Tanda – tanda
C Composmetis	Orientasi penuh dapat menjawab pertanyaan dengan benar
A Apatis	Keadaan pasien segan untuk berhubungan keadaan sekitar, sikap acuh tak acuh
D Delerium	Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotor Pasien nampak gaduh gelisah, meronta-ronta
S Somnolen	Keadaan pasien yang selalu mau tidur, dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri namun jatuh tidur kembali
S Sopor	Keadaan pasien mirip koma, tidak dapat dibangunkan kecuali dengan rangsangan nyeri
K Koma	Keadaan kesadaran yang hilang sama sekali dengan rangsangan apaun tidak akan timbul.

Sumber (Tawoto, 2013)

b) Tanda-Tanda Vital

- (1) Tekanan darah biasanya pada pasien stroke yang memiliki riwayat tekanan darah tinggi yaitu sistole >140 dan diastole >80.
- (2) Nadi, nadi biasanya normal.

- (3) Pernafasan pada pasien stroke biasanya mengalami gangguan pada bersihan jalan nafas.
- (4) Suhu pada pasien stroke biasanya tidak terdapat masalah.
- c) Kepala : Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai, kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, klien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat operasi.
- d) Muka : Umumnya pada muka tidak simetris (ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis).
- e) Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun).
- f) Hidung : adanya sekret atau tidak, klien ada yang mampu membedakan bau dan tidak mampu membedakan bau.
- g) Telinga : Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan, kebersihan telinga, telinga terdengar berdenging (Muttaqin, 2008)
- h) Mulut dan faring : Biasanya pada penderita dengan apatis, sopor hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Penderita tidak dapat menjulurkan lidah

dan mencong ke kiri dan kanan, artikulasi kurang jelas saat bicara (Sulistiyawati, 2020). Menurut Muttaqin (2008), menyatakan Adanya gangguan pengecap (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, disartria (bicara cadel / pelo), afasia (kesulitan dalam berbicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.

i) Dada/thorak

(1) Pemeriksaan paru-paru

- (a) Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan
- (b) Palpasi : biasanya vocal fremitus sama antara kiri dan kiri
- (c) Perkusi : biasanya bunyi normal (sonor)
- (d) Auskultasi : biasanya suara normal (vesikuler)

(2) Pemeriksaan jantung

- (a) Inspeksi : biasanya ictus cordis tidak terlihat
- (b) Palpasi : biasanya ictus cordis teraba
- (c) Perkusi : biasanya batas jantung normal
- (d) Auskultasi : biasanya suara vesikuler

j) Abdomen

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya

terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

k) Genetalia

Kadang terdapat inkontinensia atau retensi urine

l) Ekstremitas

Pada klien dengan stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiparase, mengalami kelemahan otot (Tarwoto, 2013).

m) Pemeriksaan integument :

Kulit : jika kekurangan oksigen kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan maka turgor kulit akan jelek. Disamping itu perlu dikaji tanda-tanda dekubitus

Kuku : perlu dilihat adanya *clubbing finger*, *cyanosis*

5) Pemeriksaan Neurologis

a) Refleksi

(1) Reflek fisiologis

(a) Reflek bisep tanda abnormal : jika tidak terjadi reflek pada siku, bisa terjadi pada salah satu sisi tubuh ekstremitas kanan maupun kiri.

(b) Reflek trisep tanda abnormal : jika tidak terjadi ekstensi lengan bawah pada sendi siku.

(c) Reflek patella tanda abnormal : tidak terjadi ekstensi tungkai bawah.

(2) Reflek patologis

(a) Reflek babinsky abnormal : jika ditemukan dorsofleksi ibu jari kaki dan pengembangan jari kaki lainnya.

(b) Reflek chaddock abnormal : pengembangan jari-jari kaki, dan ibu jari terjadi dorso fleksi.

(c) Reflek Gordon abnormal : pengembangan pada jari-jari kaki dan ibu jari terjadi dorso fleksi.

b) Saraf Kranial

(1) Nervus 1 Olfaktorius: Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman

(2) Nervus 2 Optikus: biasanya terdapat gangguan sensori penglihatan sering didapati pada klien dengan hemiplegia kiri, tetapi ada juga yang tidak mengalami gangguan penglihatan (Sulistiyawati, 2020).

(3) Nervus 3 Okulomotorius: diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan ada yang anisokor, reflek kedip dapat dinilai apabila klien membuka mata (Sulistiyawati, 2020).

(4) Nervus 4 Troklearis: klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah (Sulistiyawati, 2020).

- (5) Nervus 5 Trigemini: biasanya klien yang mengalami stroke ada yang dapat merasakan sensasi sentuhan gerakan mengunyah maupun menggigit, ada juga yang tidak dapat merasakan sensasi apapun (Griselda, 2023)
- (6) Nervus 6 Abducent: klien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri (Sulistiyawati, 2020).
- (7) Nervus 7 Fasialis: ada beberapa klien stroke iskemik yang lidahnya dapat mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, mampu meringis dan wajah tampak simetris (Prasetyo, 2025)
- (8) Nervus 8 Vestibulococlearis: Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).
- (9) Nervus 9 Glosofaringeus dan nervus 10 Vagus. Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosofaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko terjadinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian. Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan, nadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru- paru.
- (10) Nervus 11 Accessorius: Gangguan pada nervus accessorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapezius) dan otot

leher (otot sterokleidomastoideus). Klien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot trapeziuz dan otot sterokleidomastoideus terganggu.

(11)Hipoglosus: klien dapat menjulurkan lidah dan dapat menggerakkannya ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara. (Sulistiyawati, 2020)

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan (PPNI, 2017). Berikut diagnosa keperawatan pada klien dengan CVA menurut (SDKI, 2017).

1) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi :

Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

Penyebab :

- a) Gangguan muskulosekeletal
- b) Gangguan neuromaskular
- c) Kelemahan
- d) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- e) Penurunan motivasi minat

Tabel 2.2 Gejala Dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Menolak melakukan perawatan diri	1. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian /makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang

Tabel 2.3 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

2) Ansietas (D.0080)

Definisi :

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman

Penyebab :

- a) Krisis situasional
- b) Kebutuhan tidak terpenuhi
- c) Krisis maturasional
- d) Ancaman terhadap konsep diri
- e) Ancaman terhadap kematian
- f) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g) Disfungsi sistem keluarga
- h) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- i) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- j) Penyalahgunaan zat
- k) Terpapar bahaya lingkungan (mis: toksin, polutan, dan lain-lain)
- l) Kurang terpapar informasi

Tabel 2.4 Gejala Dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Merasa bingung	1. Tampak gelisah
2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi	2. Tampak tegang
3. Sulit berkonsentrasi	3. Sulit tidur

Tabel 2.5 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh pusing	1. Frekuensi napas meningkat
2. Anoreksia	2. Frekuensi nadi meningkat
3. Palpitasi	3. Tekanan darah meningkat
4. Merasa tidak berdaya	4. Diaforesis
	5. Tremor
	6. Muka tampak pucat
	7. Suara bergetar
	8. Kontak mata buruk
	9. Sering berkemih
	10. Berorientasi pada masalah

3) Harga Diri Rendah (D.0087)

Definisi :

Evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini

Penyebab :

- a) Perubahan pada citra tubuh
- b) Perubahan peran sosial
- c) Ketidakadekuatan pemahaman
- d) Perilaku tidak konsisten dengan nilai

- e) Kegagalan hidup berulang
- f) Riwayat kehilangan
- g) Riwayat penolakan
- h) Transisi perkembangan

Tabel 2.6 Gejala Dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Menilai diri negatif (mis: tidak berguna, tidak tertolong) 2. Merasa malu/bersalah 3. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri 4. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri	1. Berbicara pelan dan lirih 2. Menolak berinteraksi dengan orang lain 3. Berjalan menunduk 4. Postur tubuh menunduk

Tabel 2.7 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
1. Sulit berkonsentrasi	1. Kontak mata kurang 2. Lesu dan tidak bergairah 3. Pasif 4. Tidak mampu membuat keputusan

4) Gangguan Integritas Kulit (D.0129)

Definisi :

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

Penyebab :

- a) Perubahan sirkulasi
- b) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c) Kekurangan/kelebihan volume cairan
- d) Penurunan mobilitas
- e) Bahan kimia iritatif
- f) Suhu lingkungan yang ekstrim
- g) Faktor mekanis (mis: penekanan pada tonjolan tulang, gesekan)
atau faktor listrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
- h) Efek samping terapi radiasi
- i) Kelembaban
- j) Proses penuaan
- k) Neuropati perifer
- l) Perubahan pigmentasi
- m) Perubahan hormonal
- n) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan

Tabel 2.8 Gejala Dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

Tabel 2.9 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Budiono, 2016). intervensi keperawatan menurut (SIKI, 2018) :

- 1) Defisit perawatan diri: makan, mandi, dan berpakaian berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0109)

Kriteria hasil:

- a) Kemampuan mandi: meningkat
- b) Kemampuan mengenakan pakaian: meningkat
- c) Kemampuan makan: meningkat
- d) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK): meningkat
- e) Verbalisasi Keinginan melakukan perawatan diri : meningkat
- f) Minat melakukan perawatan diri : meningkat
- g) Mempertahankan kebersihan tubuh : meningkat
- h) Mempertahankan kebersihan mulut : meningkat

Tabel 2. 10 Tabel rencana tindakan defisit perawatan diri

Rencana Tindakan	Rasional
Dukungan perawatan diri (I.11348)	Obsevasi
Observasi	1. Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri klien
1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	2. Untuk mengetahui tingkat kemandirian klien
2. Monitor tingkat kemandirian	3. Untuk mengetahui kebutuhan alat bantu dalam perawatan diri klien
3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan	Terapeutik
Terapeutik	4. Lingkungan yang kondusif dapat memotivasi klien dalam meningkatkan perawatan diri
4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)	5. Untuk memfasilitasi klien dalam melakukan perawatan diri
5. Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)	6. Untuk mencegah resiko jatuh pada klien saat melakukan perawatan diri
6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	7. Membantu melakukan perawatan diri pada klien agar tetap terjaga kebersihan dirinya
7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	8. Memfasilitasi kemandirian klien, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	9. Agar klien melakukan rutinitas secara
9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri	
Edukasi	

10. Anjurkan melakukan perawatan diri sesuai kemampuan	terjadwal Edukasi 10. Agar klien dapat mandiri dalam melakukan perawatan diri
--	---

Tabel 2. 11 Tabel rencana tindakan defisit perawatan diri BAB/BAK

Rencana Tindakan	Rasional
Dukungan perawatan diri: BAB/BAK (I. 11349)	Observasi
Observasi	1. Untuk mengetahui pola eliminasi normal pasien (frekuensi, waktu, kebiasaan)
1. Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia	2. Untuk mendeteksi dini iritasi, kemerahan, atau luka akibat inkontinensia, kelembapan, dan kontak feses/urin yang berkepanjangan.
2. Monitor integritas kulit pasien	Terapeutik
3. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi	3. Mempermudah pasien saat melakukan BAB/BAK
4. Dukung penggunaan toilet/ commode/ pispot/ urinal secara konsisten	4. Membantu membentuk kebiasaan eliminasi yang teratur
5. Jaga privasi selama eliminasi	5. Meningkatkan rasa nyaman, harga diri, dan mengurangi rasa malu atau cemas
6. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu	6. Menjaga kebersihan dan kenyamanan pasien serta mencegah iritasi kulit dan
7. Bersihkan alat bantu BAB/BAK setelah digunakan	
8. Latih BAB/BAK sesuai jadwal, jika	

perlu	infeksi.
9. Sediakan alat bantu (misalnya : kateter eksternal, urinal), jika perlu	7. Mencegah kontaminasi silang dan menurunkan risiko infeksi
Edukasi	8. Membantu melatih kembali refleksi eliminasi dan mengurangi kejadian inkontinensia
10. Anjurkan BAB/BAK secara rutin	9. Memfasilitasi eliminasi pada pasien yang mengalami keterbatasan mobilitas, kelemahan, atau gangguan kontrol berkemih.
11. Anjurkan ke kamar mandi/ toilet, jika perlu	Edukasi
	10. Membantu mempertahankan pola eliminasi teratur serta mencegah konstipasi, retensi urin, dan inkontinensia.
	11. Memberikan pengingat dan bantuan kepada pasien yang mengalami gangguan kognitif, kelemahan, atau keterbatasan mobilitas

Tabel 2. 12 Tabel rencana tindakan defisit perawatan diri berpakaian

Rencana Tindakan	Rasional
Dukungan perawatan diri: berpakaian (I. 11350)	Observasi
Observasi	1. Menyesuaikan bantuan berpakaian dengan kebutuhan perkembangan dan nilai budaya pasien.
1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/ berhias	Terapeutik

Terapeutik 2. Sediakan pakain pada tempat yang mudah dijangkau 3. Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan 4. Fasilitasi mengenakan pakaian, jika perlu 5. Fasilitasi berhias (misalnya: menyisir rambut, merapikan kumis/ jenggot) 6. Jaga privasi selama berpakaian 7. Tawarkan untuk laundry, jika perlu 8. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri Edukasi 9. Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu 10. Ajarkan mengenakan pakaian, jika perlu	2. Memudahkan pasien mengambil pakaian dan meningkatkan kemandirian. 3. Meningkatkan kenyamanan, rasa aman, dan harga diri pasien. 4. Membantu pasien yang mengalami keterbatasan fisik agar tetap dapat berpakaian. 5. Menjaga kebersihan diri dan meningkatkan rasa percaya diri. 6. Menjaga martabat dan kenyamanan pasien. 7. Menjaga kebersihan pakaian dan mencegah ketidaknyamanan serta risiko infeksi. 8. Meningkatkan motivasi dan kepercayaan diri pasien. Edukasi 9. Meningkatkan partisipasi dan kontrol pasien dalam perawatan diri. 10. Meningkatkan kemampuan dan kemandirian pasien dalam berpakaian.
--	--

Tabel 2. 13 Tabel rencana tindakan defisit perawatan diri makan/minum

Rencana Tindakan	Rasional
Dukungan perawatan diri: makan/minum	Observasi

(I. 11351) Observasi 1. Identifikasi diet yang dilakukan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu Terapeutik 4. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 5. Atur posisi yang nyaman untuk makan/ minum 6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 7. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan 8. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 9. Sediakan makanan dan minuman yang disukai 10. Berikan bantuan saat makan/ minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu 11. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika perlu Edukasi 12. Jelaskan posisi makan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam	1. Menyesuaikan asupan dengan kebutuhan dan kondisi pasien. 2. Mencegah aspirasi dan tersedak. 3. Mendeteksi dini kekurangan cairan. Terapeutik 4. Meningkatkan nafsu makan dan kenyamanan pasien. 5. Mempermudah menelan dan menurunkan risiko aspirasi. 6. Meningkatkan kebersihan mulut dan kenyamanan saat makan. 7. Memudahkan minum pada pasien dengan keterbatasan gerak. 8. Meningkatkan selera makan pasien. 9. Meningkatkan asupan makan dan minum. 10. Memenuhi kebutuhan nutrisi sambil tetap mempertahankan kemandirian. 11. Meningkatkan selera makan dan interaksi sosial. Edukasi 12. Membantu pasien mengenali letak makanan dan meningkatkan kemandirian. Kolaborasi 13. Mendukung terapi dan mengatasi masalah yang menghambat
---	---

Kolaborasi	makan/minum.
13. Kolaborasi pemberian obat, jika perlu	

Tabel 2. 14 Tabel rencana tindakan defisit perawatan diri mandi

Rencana Tindakan	Rasional
Dukungan perawatan diri: mandi (I. 11352) Observasi 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri 2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Monitor kebersihan tubuh (misalnya : rambut, mulut, kulit, kuku) 4. Monitor integritas kulit Terapeutik 5. Sediakan peralatan mandi (misalnya : sabun, sikat gigi, shampoo) 6. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 7. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan 8. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 9. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian Edukasi 10. Jelaskan manfaat mandi dan dampak	Observasi 1. Menyesuaikan perawatan dengan kebutuhan dan nilai pasien. 2. Menentukan tingkat bantuan yang tepat. 3. Mengetahui tingkat kebersihan dan kebutuhan perawatan. 4. Mendeteksi dini iritasi atau luka. Terapeutik 5. Memudahkan pasien melakukan kebersihan diri. 6. Mencegah jatuh dan meningkatkan kenyamanan. 7. Menjaga kebersihan mulut dan mencegah infeksi. 8. Membantu menjaga rutinitas dan kemandirian pasien. 9. Memenuhi kebutuhan kebersihan tanpa mengurangi kemandirian. Edukasi 10. Meningkatkan motivasi dan kepatuhan pasien.

tidak mandi terhadap terhadap kesehatan	11. Menjamin perawatan berlanjut secara aman di rumah.
11. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu.	

2) Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)

Kriteria hasil:

- a) Verbalisasi kebingungan : menurun
- b) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi : menurun
- c) Perilaku gelisah : menurun
- d) Perilaku tegang : menurun
- e) Keluhan pusing : menurun
- f) Anoreksia : menurun
- g) Palpitasi : menurun
- h) Diaforesis : menurun
- i) Tremor : menurun
- j) Pucat : menurun
- k) Konsentrasi : membaik
- l) Pola tidur: membaik
- m) Frekusnsi pernapasan : membaik
- n) Frekuensi nadi : membaik
- o) Tekanan darah : membaik
- p) Kontak mata : membaik

q) Pola berkemih : membaik

r) Orientasi : membaik

Tabel 2. 15 Tabel rencana tindakan ansietas

Rencana Tindakan	Rasional
Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 6. Pahami situasi yang membuat ansietas 7. Dengarkan dengan penuh perhatian 8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 9. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 10. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan	Observasi 1. Mengetahui pemicu dan waktu terjadinya kecemasan. 2. Menentukan kemampuan pasien berpartisipasi dalam perawatan. 3. Mendeteksi dini peningkatan kecemasan. Terapeutik 4. Meningkatkan rasa aman dan nyaman pasien. 5. Mengurangi rasa takut dan perasaan tidak sendiri. 6. Membantu menentukan intervensi yang tepat. 7. Membantu pasien mengekspresikan perasaan dan menurunkan kecemasan. 8. Membantu menurunkan ketegangan emosional. 9. Meningkatkan rasa aman dan familiar.

11. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi	10. Meningkatkan kesadaran dan kemampuan mengontrol kecemasan.
12. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami	11. Mengurangi ketidakpastian dan rasa takut. Edukasi
13. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis	12. Mengurangi kecemasan akibat ketidaktahan.
14. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu	13. Membantu pasien memahami kondisi dan meningkatkan rasa kontrol.
15. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan	14. Memberikan dukungan emosional.
16. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi	15. Mengurangi tekanan dan stres.
17. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan	16. Mengurangi beban emosional.
18. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat	17. Mengalihkan perhatian dari kecemasan.
19. Latih Teknik relaksasi Kolaborasi	18. Membantu pasien menghadapi stres secara adaptif.
20. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu	19. Menurunkan ketegangan fisik dan psikologis. Kolaborasi
	20. Membantu menurunkan kecemasan secara farmakologis bila intervensi nonfarmakologis belum cukup.

3) Harga Diri Rendah Situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh (D.0087)

Kriteria hasil:

a) Penilaian diri positif : meningkat

- b) Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif : meningkat
- c) Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri : meningkat
- d) Minat mencoba hal baru : meningkat
- e) Berjalan menampakkan wajah : meningkat
- f) Postur tubuh menampakkan wajah : meningkat
- g) Konsentrasi : meningkat
- h) Tidur : meningkat
- i) Kontak mata : meningkat
- j) Gairah aktivitas : meningkat
- k) Aktif : meningkat
- l) Percaya diri berbicara : meningkat
- m) Perilaku asertif : meningkat
- n) Kemampuan membuat keputusan : meningkat
- o) Perasaan malu : menurun
- p) Perasaan bersalah : menurun
- q) Perasaan tidak mampu melakukan apapun : menurun
- r) Meremehkan kemampuan mengatasi masalah : menurun
- s) Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan : menurun
- t) Pencarian penguatan secara berlebihan : menurun

Tabel 2. 16 Tabel rencana tindakan Harga Diri Rendah

Rencana Tindakan	Rasional
Promosi Harga Diri (I.09308)	
Observasi	Observasi

1. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri 2. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri 3. Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan Terapeutik 4. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri 5. Motivasi menerima tantangan atau hal baru 6. Diskusikan pernyataan tentang harga diri 7. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri 8. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri 9. Diskusikan persepsi negatif diri 10. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah 11. Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi 12. Diskusikan Bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan Batasan yang jelas	1. Menyesuaikan intervensi dengan latar belakang pasien. 2. Mengidentifikasi tanda harga diri rendah. 3. Menilai perubahan dan keberhasilan intervensi. Terapeutik 4. Membentuk pola pikir positif. 5. Meningkatkan rasa mampu dan percaya diri. 6. Membantu memahami konsep harga diri. 7. Mengoreksi penilaian diri yang keliru. 8. Memperkuat persepsi diri positif. 9. Mengidentifikasi pikiran negatif. 10. Mengurangi rasa bersalah berlebihan. 11. Meningkatkan keberhasilan dan rasa percaya diri. 12. Menciptakan dukungan lingkungan yang sehat. 13. Memperkuat perilaku dan citra diri positif. 14. Meningkatkan rasa berharga dan kemampuan diri. Edukasi
---	--

13. Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan	15. Memperkuat konsep diri positif pasien.
14. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan diri Edukasi	16. Meningkatkan kesadaran potensi diri.
15. Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien	17. Meningkatkan kepercayaan diri saat berinteraksi.
16. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki	18. Membantu menerima masukan secara adaptif.
17. Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain	19. Membantu perbaikan diri.
18. Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif	20. Melindungi harga diri dari tekanan sosial.
19. Anjurkan mengevaluasi perilaku	21. Meningkatkan kemandirian dan rasa mampu.
20. Ajarkan cara mengatasi bullying	22. Memperkuat keyakinan diri.
21. Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri	23. Membentuk pola adaptif.
22. Latih pernyataan/kemampuan positif diri	24. Meningkatkan self-efficacy dan harga diri.
23. Latih cara berfikir dan berperilaku positif	
24. Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi	

- 4) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Penurunan Mobilitas
(D.0087)

Kriteria hasil:

- a) Elastisitas : meningkat
- b) Hidrasi : meningkat
- c) Perfusi jaringan : meningkat
- d) Kerusakan jaringan : menurun
- e) Kerusakan kulit : menurun
- f) Nyeri : menurun
- g) Perdarahan : menurun
- h) Kemerahan : menurun
- i) Pigmentasi abnormal : menurun
- j) Nekrosis : menurun
- k) Abrasi kornea : menurun
- l) Suhu kulit : membaik
- m) Sensasi : membaik
- n) Tekstur : membaik
- o) Pertumbuhan rambut : membaik
- p) Jaringan perut : membaik

Tabel 2. 17 Tabel rencana tindakan Gangguan Integritas kulit

Rencana Tindakan	Rasional
Perawatan Integritas Kulit (I.11353)	
Observasi	Observasi

1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik 2. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 3. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 4. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 5. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 6. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 7. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi 8. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) 9. Anjurkan minum air yang cukup 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan buah	1. Menentukan faktor risiko agar intervensi tepat. Terapeutik 2. Mencegah tekanan berkepanjangan dan luka tekan. 3. Meningkatkan sirkulasi darah lokal. 4. Mencegah iritasi dan infeksi kulit. 5. Menjaga kelembapan dan mencegah kulit pecah. 6. Mengurangi risiko iritasi dan reaksi alergi. 7. Mencegah kulit semakin kering dan iritasi. Edukasi 8. Mempertahankan kelembapan kulit. 9. Mempertahankan kelembapan kulit. 10. Mendukung perbaikan dan regenerasi kulit. 11. Memenuhi kebutuhan vitamin dan antioksidan untuk kesehatan kulit. 12. Mencegah kerusakan dan kekeringan kulit. 13. Melindungi kulit dari kerusakan akibat sinar matahari. 14. Menjaga kebersihan tanpa merusak lapisan pelindung kulit.
---	---

dan sayur	
12. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim	
13. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah	
14. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	

2.3.4 Implementasi Keperawatan

implementasi keperawatan merupakan tahapan keempat dari proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan sebagai bentuk tindak lanjut dari intervensi yang telah dibuat oleh perawat guna membantu pasien dalam mencapai tujuannya (Polopadang, 2019). Dalam pelaksanaannya terdiri dari tiga jenis implementasi yaitu sebagai berikut:

1) Dependent Implementations

merupakan implementasi yang arahan atau rujukan dari profesi lain seperti dokter, gizi, fisioterapi, psikologi dan petugas kesehatan lainnya. Contoh dalam hal pemberian diet atas dasar anjuran dari ahli gizi, atau tindakan latihan fisik atas anjuran bagian fisioterapi.

2) Independent Implementations

implementasi yang dilaksanakan dengan tidak membutuhkan arahan dari petugas kesehatan yang lain, tindakan ini dilakukan atas inisiasi dari perawat itu sendiri yang terkait tentang kebutuhan dasar seperti

membantu pasien memenuhi ADL, membantu personal hygiene, mengatur posisi pasien, menciptakan lingkungan terapeutik, melakukan dokumentasi dan lain-lain.

3) Interdependen/Collaborative Implementations

implementasi yang dilakukan atas dasar kerjasama tim keperawatan dengan tim kesehatan lainnya, tindakan yang membutuhkan gabungan pengetahuan, skill dan keahlian dari professional layanan kesehatan. Contoh kolaborasi pemberian injeksi, infus kateter, dan NGT.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Polopadang (2019), evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan dan mengkaji ulang tindakan keperawatan yang telah diberikan. komponen evaluasi yang digunakan adalah SOAP yaitu :

S : Data Subjektif Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah diberikan tindakan keperawatan.

O : Data Objektif Data objektif merupakan data yang berdasarkan pada hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah diberikan tindakan keperawatan.

A : Analisis Analisis merupakan interpretasi data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan

masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

P : Planning Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya. Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan. Tindakan yang perlu dilanjutkan adalah tindakan yang masih kompeten untuk menyelesaikan masalah pasien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya. Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah pasien, tetapi perlu ditingkatkan kualitasnya atau mempunyai alternatif pilihan yang lain yang diduga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan.