

dan fungsi otak juga ikut menurun. *CVA Hemorrhagic* biasanya terjadi akibat kecelakaan yang mengalami benturan keras di kepala dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah di otak, selain itu juga bisa terjadi karena tekanan darah yang terlalu tinggi.

2) *CVA Infark*

CVA Infark yaitu suatu keadaan karena tersumbatnya peredaran darah di otak yang mengakibatkan kematian jaringan otak sehingga menyebabkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian. Sumbatan ini disebabkan karena adanya penebalan dinding pembuluh darah yang disebut dengan *Atherosclerosis* dan tersumbatnya darah dalam otak oleh emboli yaitu bekuan darah yang berasal dari *thrombus* di jantung.

2.1.3 Etiologi

Menurut Udani (2015), sebagian besar *CVA* terjadi akibat kombinasi faktor penyebab medis misalnya, peningkatan tekanan darah dan faktor penyebab perilaku misalnya merokok. Berdasarkan penyebabnya, ada dua jenis *CVA*, yaitu :

1) *CVA Hemorrhagic*

CVA hemorrhagic terjadi ketika pembuluhdarah di otak pecah dan menyebabkan perdarahan. Pendarahan di otak dapat dipicu oleh beberapa kondisi yang memengaruhi pembuluh darah. Kondisi tersebut meliputi hipertensi yang tidak terkontrol, melemahnya dinding pembuluh darah, dan pengobatan dengan pengencer darah. *CVA hemorrhagic* terdiri dari dua jenis, yaitu perdarahan

intraserebral dan subarachnoid (Wijaya, 2017).

2) CVA *Infark*

CVA *infark* terjadi ketika pembuluh darah arteri yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyempitan, sehingga menyebabkan aliran darah ke otak sangat berkurang. Kondisi ini disebut juga dengan iskemia. CVA *infark* dapat dibagi lagi ke dalam 2 jenis, CVA trombotik dan CVA embolik.

2.1.4 Faktor Resiko

Menurut Mutiarasari (2019), faktor risiko dari penyakit CVA (*Cerebro Vascular Accident*) yaitu terdiri dari :

- 3) Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga.
- 4) Faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, merokok, dislipidemia, diabetes melitus, obesitas, alkohol dan atrial fibrillation.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Tarwoto (2015), manifestasi klinis CVA tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Gejala klinis CVA (*Cerebro Vascular Accident*) meliputi :

1) Kelumpuhan

Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparasis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian

frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Klien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga klien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

3) Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

4) Afasia (kesulitan dalam berbicara) Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area broca yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini klien dapat memahami lawan bicara tetapi klien tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensorik tidak mampu atau koheren. Pada afasia global klien dapat merespon pembicaraan baik menerima

maupun mengungkapkan pembicaraan.

- 5) Disartria adalah kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian klien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Klien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.
- 6) Gangguan penglihatan, diplopia. Klien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optic pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV, dan VI.
- 7) Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus kranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esofagus.
- 8) Inkontinensia. Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi, hal ini terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.
- 9) Vertigo, mual, muntah, dan nyeri kepala terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

Menurut Oktavianus (2014), manifestasi klinis stroke sebagai berikut:

1) CVA *infark*

Tanda dan gejala yang sering muncul :

a) *Transient ischemic attack (TIA)*

Timbul hanya sebentar selama beberapa menit sampai beberapa jam dan hilang sendiri dengan atau tanpa pengobatan. Serangan bisa muncul lagi dalam wujud sama, memperberat atau malah menetap.

b) *Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RIND)* Gejala timbul lebih dari 24 jam.

c) *Progressing CVA* atau *CVA involution*

Gejala makin lama makin berat (progresif) disebabkan gangguan aliran darah makin lama makin berat.

d) Sudah menetap atau permanen

2) *CVA Hemorrhagic*

Tanda dan gejala yang sering muncul sangat tergantung dengan daerah otak yang terkena.

a) Lobus parietal, fungsinya yaitu untuk sensasi somatik, kesadaran menempatkan posisi.

b) Lobus temporal, fungsinya yaitu untuk mempengaruhi indra dan memori.

c) Lobus oksipital, fungsinya yaitu untuk penglihatan.

d) Lobus frontal, fungsinya untuk mempengaruhi mental, emosi, fungsi fisik, intelektual.

2.1.6 Komplikasi CVA (*Cerebral Vascular Accident*)

Menurut Tarwoto (2020), ada beberapa komplikasi CVA (*Cerebro Vascular Accident*) antara lain :

1) Fase Akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak.

Pada area otak yang *infark* atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya.

b) Edema Serebri.

Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pada pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstesi akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial.

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi pada serebral yang dapat mengancam kehidupan.

d) Aspirasi.

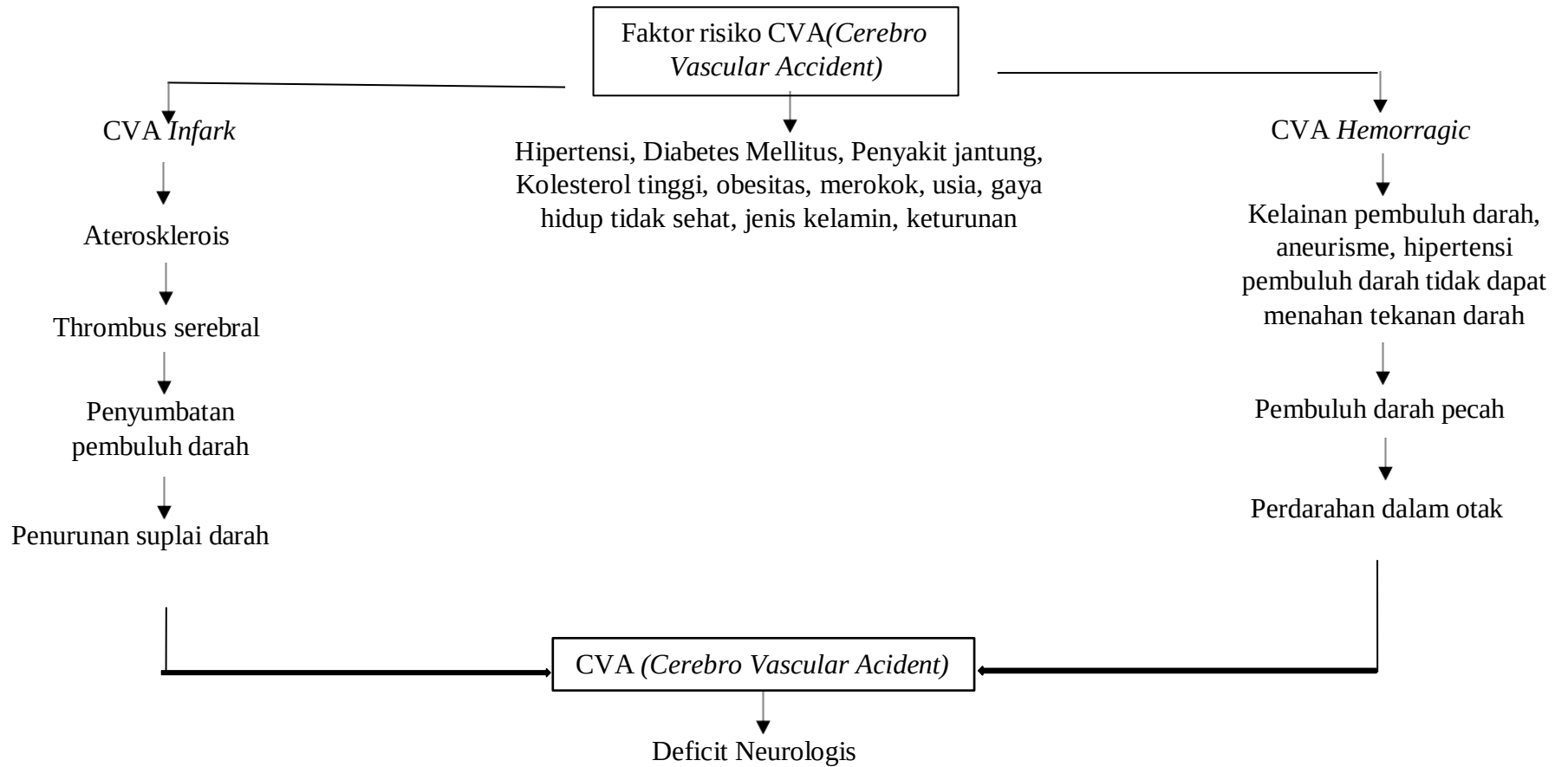
Klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflek batuk dan menelan.

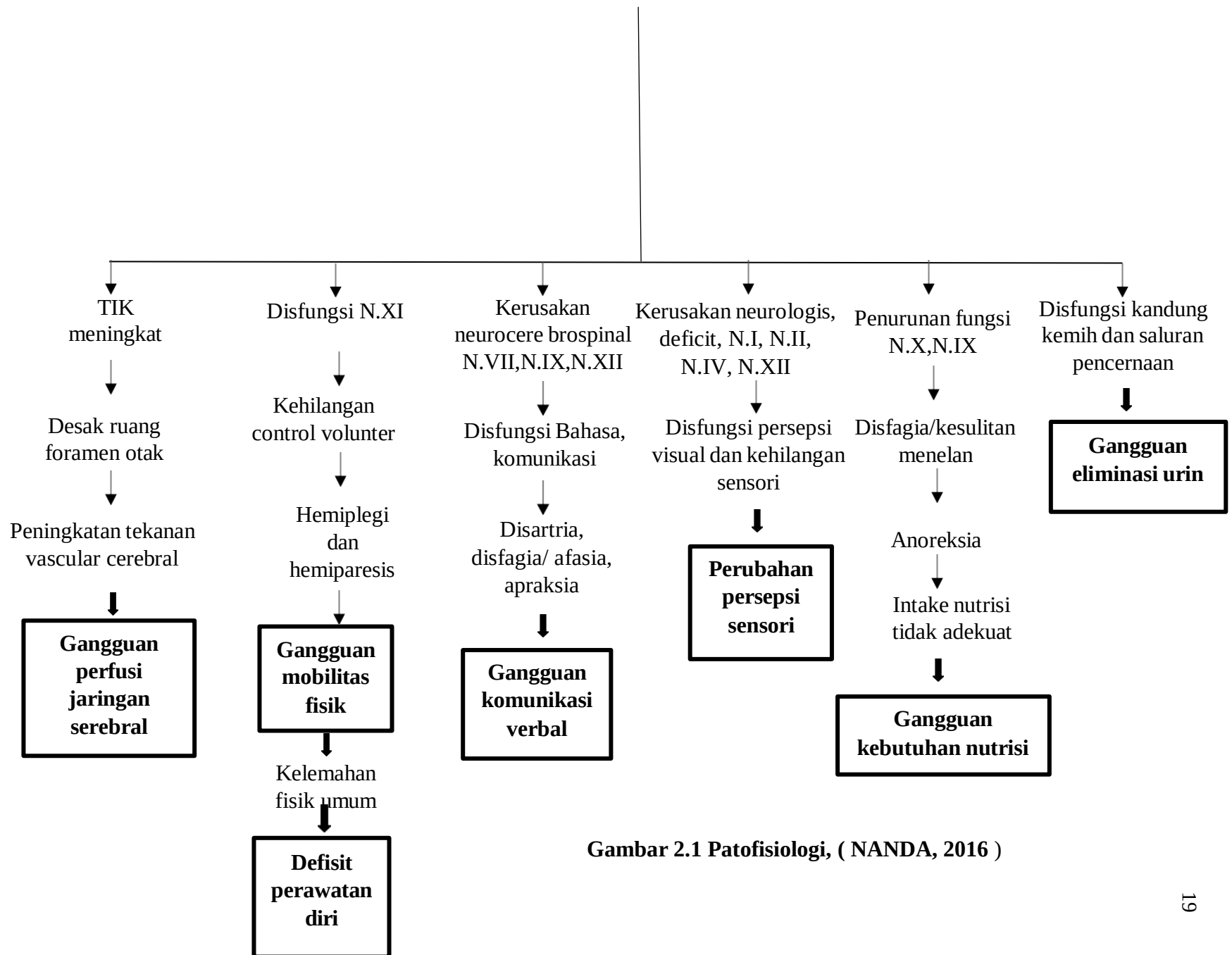
2) Komplikasi Pada Masa Pemulihan Atau Lanjut.

- a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi karena akibat imobilisasi seperti pneumonia dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia.
- b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.
- c) Malnutrisi karena intake yang adekuat.

2.1.7 Patofisiologi

a) Skema





Gambar 2.1 Patofisiologi, (NANDA, 2016)

b) Uraian

Faktor risiko 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. CVA ada dua jenis yaitu CVA *infark* dan CVA Hemoragic. 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). Faktor terjadinya CVA hemoragic yaitu kelainan pembuluh darah, aneurisme, hipertensi yang dapat mengakibatkan pembuluh darah tidak bisa menahan tekanan darah sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah yang berakibat terjadinya perdarahan dan aliran darah ke otak menurun yang mengakibatkan sel-sel di dalam otak mati. Kedua factor tersebut dapat menimbulkan deficit neurologis (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen sehingga muncul **gangguan perfusi jaringan serebral**. Salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan vascular serebral dan menimbulkan nyeri kepala. Disfungsi N.XI pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan control volunter atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan, ataupun kaki

menimbulkan **gangguan mobilitas fisik**. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah **defisit perawatan diri**, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity Daily Living). Kerusakan pada neurocere brospinal N.VII,N.IX,N.XII terjadi kelemahan kontrol otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, disfasia/afasia, disatria (kehilangan kemampuan berbicara) sehingga muncul masalah **gangguan komunikasi verbal**. Kerusakan neurologis pada N.I, N.II, N.IV, N.XII juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan **gangguan perubahan persepsi sensori**. Pada saluran pencernaan atas klien mengalami penurunan fungsi pada N.X, N.IX akibatnya kesulitan menelan atau disfagia sehingga mengakibatkan masalah gangguan menelan dan menimbulkan anoreksia, akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah **gangguan kebutuhan nutrisi** kurang dari kebutuhan. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot finger sehingga menimbulkan masalah **gangguan eliminasi urine**.

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Wijaya (2015), penatalaksanaan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) adalah sebagai berikut :

- 1) Penatalaksanaan umum.
 - a) Pada fase akut
 - (1) Posisi kepala dan badan diatas 20-30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Oleh dimulai mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil.
 - (2) Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/menit bila ada hasil gas darah.
 - (3) Kandung kemih yang penuh dikosongkan dengan kateter.
 - (4) Suhu tubuh harus dipertahankan.
 - (5) Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terhadap gangguan menelan atau klien yang kesadaran menurun, dianjurkan pipi NGT.
 - (6) Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi.
- 2) Penatalaksanaan Medis (Terapi Farmakologis)
 - a) Trombolitik (streptokinase)
 - b) Anti platelet / anti trombolitik (asetosol, ticlopidin, clostazol, dipiridamol)
 - c) Antikoagulan (heparin)
 - d) Hemorrhagea (pentoxifylin)
 - e) Antagonis serotonin(noftidrofuryl)
 - f) Antagonis calcium (nomodipin, piracetam)

- 3) Penatalaksanaan khusus
 - a) Atasi kejang (antikonvulsan)
 - b) Atasi tekanan intracranial yang meninggi : manitol, gliserol, furosemide, intubasi, steroid dll)
 - c) Atasi dekompresi (kraniotomi)
- 4) Untuk penatalaksanaan faktor resiko
 - a) Atasi hipertensi (anti hipertensi)
 - b) Atasi hiperglikemia (anti hiperglikemia)
 - c) Atasi hiperurisemia (anti hiperurisemia)
- 5) Penatalaksanaan non farmakologis
 - a) Melakukan pencegahan seperti menganjurkan klien CVA untuk berhenti merokok, mengikuti diet sehat, berolahraga setiap hari (Suddarth, 2015).
 - b) Terapi okupasi, terapi bicara, melakukan ROM aktif maupun pasif pada penderita CVA.
 - c) Terapi musik (murrotal Al-quran) terbukti mampu meringankan penyakit yang diderita seseorang karena jalur sarafnya untuk mendengarkan musik dan jalur saraf untuk merasakan nyeri pun sama dengan saat seseorang mengalaminya. Rasa sakit itu bisa dialihkan dengan mendengarkan musik murrotal Al-Qur'an (Ixora *et al.* 2020).

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan neurologis lainnya, dilakukan pemeriksaan refleks batang otak, pemeriksaan nervus kranialis, serta pemeriksaan

refleks fisiologis dan patologis. Pemeriksaan neurologis dilakukan dengan membandingkan sisi kanan dan kiri, serta sisi atas dan bawah untuk menentukan luas dan lokasi lesi (Setiawan, 2021).

Berikut adalah pemeriksaan penunjang pada klien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) yaitu :

1) Pemeriksaan Radiologi

a) Computer Tomografi Scan (CT Scan)

Pembidaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma adanya jaringan otak yang *infark* atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdensfokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel atau menyebar ke permukaan otak.

b) Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab CVA (*Cerebro Vascular Accident*) secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri adanya titik okulasi atau raftur.

c) Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Menunjukkan daerah yang mengalami *infark*, iskemik.

d) Ultrasonografi Dopler

Mengidentifikasi penyakit arterio vena

e) Sinar X Tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal

f) Electro Encephalografi (EEG)

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan

mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

2) Pemeriksaan Laboratorium

- a) Lumbal pungsi: Pemeriksaan likuor merah biasanya di jumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal sewaktu hari-hari pertama.
- b) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, LED.
- c) Pemeriksaan gula darah sewaktu (GDS).
- d) Pemeriksaan kolesterol, lipid.
- e) Pemeriksaan asam urat.
- f) Pemeriksaan cairan elektrolit.
- g) Pemeriksaan masa pembekuan dan masa perdarahan

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahapan awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses sistematis yang dilakukan dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi maupun mengidentifikasi status klien.

1) Identitas klien

Meliputi nama, usia (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register dan diagnosis medis (Tarwoto, 2015).

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan diri. Pada umum keluhan klien CVA terjadi dalam dua hal yaitu CVA *infark* dan *hemorrhagic*. CVA *infark* biasanya mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual muntah, kelemahan reflek, afasia (gangguan komunikasi), difasia (memahami kata), kesemutan, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar. Kemudian pada CVA *hemorrhagic* biasanya memiliki keluhan perubahan tingkat kesadaran, sakit kepala berat, mual muntah, menggigil/berkeringat, peningkatan intrakranial, afasia, hipertensi hebat, distress pernafasan dan koma (Tarwoto, 2015).

b) Riwayat penyakit sekarang

Serangan CVA biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh klien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lain (Muttaqin, 2019)

c) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat CVA sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan klien seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan alkohol (Muttaqin, 2019).

d) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keturunan keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, ataupun riwayat CVA (*Cerebro Vascular Accident*) dari generasi terdahulu (Doengoes, 2015).

e) Riwayat psikososial

Masalah-masalah psikologis yang dialami klien yang berhubungan dengan keluarga maupun masyarakat. Seperti penyakit CVA yang merupakan suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan

dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya tersebut dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga. Perubahan hubungan dan peran terjadi karena klien sulit melakukan aktivitas dan komunikasi. Rasa cemas dan takut dalam menghadapi gangguan citra tubuh. Rasa cemas pada klien mengakibatkan kegelisahan, kegelisahan tersebut mengakibatkan gangguan dalam melakukan pelaksanaan tindakan dalam pemenuhan kebutuhan defisit perawatan diri klien. Dalam hal tersebut perawat harus mengantisipasi ketidakpatuhan klien dalam pemenuhan kebutuhan defisit perawatan diri mandi klien. Perawat harus memberikan penjelasan dan tindakan dalam meningkatkan kepatuhan dalam pemenuhan defisit perawatan diri: mandi klien (Hidayat A. , 2015).

3) Pola-pola fungsi Kesehatan :

a) Pola nutrisi cairan

Nafsu makan menjadi menurun, mual muntah pada fase akut, kehilangan sensasi (rasa kecap, cabai, garam, cuka) pada lidah, tenggorokan, pipi, disfagia ditandai dengan klien kesulitan dalam menelan ludah, makanan maupun minuman (Doengoes, 2018).

b) Pola eliminasi

Pengkajian eliminasi pada klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) difokuskan pada pengkajian eliminasi urine dan eliminasi alvi. Pada eliminasi alvi biasanya terjadi konstipasi

akibat penurunan peristaltik usus. Sedangkan pada eliminasi urine terjadi infeksi perkemihan, retensi urine, batu ginjal Doengoes, 2018).

c) Pola tidur dan istirahat

Pada pola ini dilakukan pengkajian yang meliputi pola tidur, kebiasaan sebelum tidur dan masalah dalam tidur seperti terdapat nyeri, sering terbangun karena mimpi buruk, sulit tidur, tidak merasa segar setelah bangun (Doengoes, 2018).

d) Pola aktivitas dan personal hygiene

Dalam pola aktivitas klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) mengalami kesulitan melakukan gerakan karena pada klien hemiplegia akan mengalami kelumpuhan pada salah satu anggota gerak sedangkan pada klien hemiparesis rentang dalam bergerak karena salah satu tangan, kaki atau wajah mengalami kelumpuhan (Hello sehat, 2018).

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 Doengoes, 2018).

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Pada klien CVA biasanya mengalami tingkat kesadaran apatis

dengan GCS 10-12 pada awal terserang CVA (Tartowo, 2015).

Tingkat kesadaran klien adalah indikator pertama status neurologis klien. Biasanya pada klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) mengalami tingkat kesadaran klien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (*somnolen*), klien 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 CVA (*Cerebro Vascular Accident*) biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan *compos mentis* dengan GCS 13-15 (Sulistiyawati, 2020)

Tabel 2.1 Tingkat Kesadaran berdasarkan Kualitatif

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

Sumber (Tarwoto, 2015)

(1) Tanda-Tanda Vital

(a) Pada tekanan darah biasanya klien penderita CVA yang

memiliki riwayat tekanan darah tinggi yaitu sistole >140 dan diastole >80 .

(b) Nadi, nadi biasanya normal.

(c) Pernafasan pada klien CVA biasanya mengalami gangguan pada bersihan jalan nafas yang tidak efektif.

(d) Suhu pada klien CVA biasanya tidak terdapat masalah.

b) Pemeriksaan kepala dan leher

(1) Rambut : Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada klien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*).

(2) Telinga : Biasanya daun telinga terlihat sejajar kiri dan kanan. Pada pemeriksaan nervus VIII (vestibulokoklearis): biasanya pada klien CVA kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat dan tergantung dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengar jika suara keras dengan artikulasi yang cukup jelas.

(3) Wajah : Biasanya simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervous V (Trigeminus) : biasanya pada klien CVA bisa menyebutkan lokasi usapan pada klien koma. Ketika diusap pada bagian kornea mata dengan kapas halus, klien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada nervus VII (facialis) : biasanya pada alis mata simetris kanan kiri, dapat mengangkat alis, mengerutkan dahi, mengerutkan hidung, menggembungkan pipi, saat klien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat

diminta mengunyah, klien kesulitan untuk mengunyah makanan.

- (4) Hidung : Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius): Terkadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda. Pada nervus VIII (vestibulokoklearis): biasanya pada klien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan sampai hidung.
- (5) Mulut dan faring : Biasanya pada klien dengan kesadaran apatis, sopor, sopor coma hingga coma akan mengalami masalah antara lain bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis): biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan beberapa rasa dari manis hingga asin. Pada nervus IX (glossofaringeus): biasanya uvula tidak tepat ditengah, mencong kearah bagian tubuh yang lemah dan klien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglossus) : biasanya klien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan, namun artikulasi kurang jelas atau cadel saat bicara serta kesulitan menelan.
- (6) Leher : Pada pemeriksaan nervus X (vagus): biasanya klien CVA mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan

tanda rangsang minengial kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+).

(7) Pemeriksaan payudara dan Ketiak

Biasanya pada pemeriksaan payudara dan ketiak diperiksa mulai dari ukuran dan bentuk payudara, warna payudara, dan aerola, kelainan-kelainan payudara dan putik serta pada axila dan clavicula. Pemeriksaan mulai dari inspeksi(dilihat), palpasi(diraba), auskultasi(didengar), dan perkusi(diketuk).

(8) Thorak

(a) Paru – paru

Inspeksi : biasanya terlihat simetris kiri dan kanan

Palpasi : biasanya vocal fremitus teraba sama antara kiri dan kiri

Perkusi : biasanya terdengar bunyi normal (sonor)

Auskultasi : biasanya terdengar suara normal (vesikuler)

(b) Jantung

Inspeksi : biasanya tidak terlihat ictus cordis

Palpasi : biasanya teraba ictus cordis

Perkusi : biasanya batas jantung terdengar normal

Auskultasi : biasanya terdengar suara vesikuler

(9) Abdomen

Inspeksi : biasanya abdomen terlihat simetris, tidak ada asites

Auskultasi : biasanya tidak terdengar bising usung klien.

Pada pemeriksaan reflek dinding perut, pada saat perut klien

digores biasanya klien tidak merasakan apa-apa atau kebas.

Palpasi : biasanya tidak teraba pembesaran pada hepar

Perkusi : biasanya terdengar suara tympani

(10) Genetalia

Biasanya pada genetalia dilakukan pemeriksaan dengan inspeksi dan palpasi. Apa ada pembengkakan atau kelainan lain pada area genetalia dan sekitarnya.

(11) Ekstremitas

(a) Atas

Pada klien CVA terpasang infus bagian dextra maupun sinistra. CRT (Capillary Refill Time) pada klien biasanya normal yaitu < 3 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius): klien CVA tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada klien pemeriksaan reflek biasanya saat siku diketuk tidak terdapat respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep negative). Respon tersebut terjadi karena adanya hemiplegia. Hemiplegia adalah keadaan dimana klien tidak mampu untuk menggerakkan maupun memberikan respon dan cenderung mengalami kelumpuhan pada salah satu anggota ekstremitas atas dan pada saat pemeriksaan trisep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek bisep negative). Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman tromer biasanya jari tidak

mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromer positif). Hal tersebut karena pada CVA mengalami hemiparesis yang menyebabkan salah satu tangan terjadi kelemahan atau penurunan kekuatan otot.

(b)Bawah

Saat pemeriksaan reflek pada penderita CVA, biasanya saat pemeriksaan kaki kiri klien fleksi (bluedzensky positif). Saat pemeriksaan telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky positif). Pada saat pemeriksaan dorsum pedis digores biasanya jari kaki tidak berespon (reflek caddok positif) hal tersebut karena klien mengalami CVA hemiplegia, yang biasanya salah satu anggota gerak kaki tidak bisa digerakkan. Dan pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim positif) dan saat betis diremas dengan kuat biasanya klien tidak dapat merasakan apa-apa (reflek gordon positif). Dan pada saat dilakukan reflek patella biasanya fremur tidak bereaksi saat di ketukan (reflek patella positif). Sedangkan pada klien CVA hemiparesis didapatkan salah satunya kaki menjadi lemah tetapi tidak sepenuhnya.

(12) Pemeriksaan integument :

Kulit : jika kekurangan oksigen kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan maka turgor kulit akan jelek. Disamping itu

perlu dikaji tanda-tanda adanya decubitus.

(13) Kuku : perlu dilihat adanya *clubbing finger*, *cyanosis*, *CRT*

(14) Pemeriksaan neurologi pengkajian saraf otak :

Menurut Price *et al.* (2015), ada 12 saraf kranial yang dapat diidentifikasi dengan angka romawi. Fungsi dari masing-masing saraf kranial dapat sebagai sensorik, motorik atau keduanya dan dapat juga sebagai sensorik, motorik atau keduanya dapat juga sebagai otonom.

(a) Olfaktorius (I) : biasanya pada klien CVA tidak ada kelainan pada fungsi penciuman

(b) Optikus (II) : disfungsi persepsi visual karena gangguan jalur sensor primer di antar mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh

(c) Okulomotorius (III) : Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorik menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar.

- (d) Toklear (IV) : Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.
- (e) Abdusen (V) : Jika akibat CVA mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis di dapatkan penurunan kemampuan Gerakan unilateral di sisi yang sakit.
- (f) Trigemini (VI) : Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemini, penurunan kemampuan koordinasi Gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.
- (g) Fasialis (VII) : persepsi pengecap dalam dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat
- (h) Vestibulokoklearis (VIII) : tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi
- (i) Glosfaringeus (IX) : Kemampuan menelan kurang baik
- (j) Vagus (X) : Kesulitan membuka mulut
- (k) Aksesorius (XI): Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius
- (l) Hipoglossus (XII) : Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi

5) Pemeriksaan penunjang CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*):

a) Pemeriksaan Radiologi

- (1) Computer Tomografi Scan (CT Scan).
- (2) Angiografi serebral .
- (3) Magnetic Resonance Imaging (MRI).
- (4) Ultrasonografi Dopler.
- (5) Sinar X Tengkorak.
- (6) Electro Encephalografi (EEG).

b) Pemeriksaan Laboratorium

- (1) Lumbal pungsi.
- (2) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, LED.
- (3) Pemeriksaan gula darah sewaktu (GDS).
- (4) Pemeriksaan kolesterol, lipid..
- (5) Pemeriksaan asam urat.
- (6) Pemeriksaan cairan elektrolit.
- (7) Pemeriksaan masa pembekuan dan masa perdarahan.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di dalamnya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2018). Berikut diagnosa keperawatan pada klien CVA menurut (SDKI, 2017) :

- 1) Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial, gangguan aliran darah ke otak, perdarahan, edema serebral (Tarwoto, 2015).

Tabel 2.2 Tanda dan Gejala

Subjektif	Objektif
1. Klien mengatakan nyeri kepala	2. Gangguan status mental, penurunan kesadaran, perubahan tanda vital, penurunan fungsi memori, perubahan perilaku, perubahan respon motorik, kelemahan atau paralisis.

2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

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

Tabel 2.3 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.4 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

Definisi : Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Faktor Risiko : Ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, faktor ekonomi, faktor psikologis.

Kondisi Klinis Terkait : Stroke, parkinson, mobius Syndrome, cerebral palsy, cleft lip, cleft palate, amyotrophic lateral sclerosis, kerusakan neuromuskular, luka bakar, kanker, infeksi, AIDS, penyakit Crohn's, enterokolitis, fibrosis kistik.

4) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

Definisi : penurunan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebral
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan platum
- f) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakeostomi, intubasi, krikotiroidektomi)
- g) Hambatan individu (mis. Gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)

- h) Hambatan psikologis (mis.gangguan psikotik,gangguan konsep diri,harga diri rendah,gangguan emosi)
- i) Hambatan lingkungan (ketidak cukupan informasi,ketiadaan orang terdekat,ketidaksesuaian budaya,bahasa asing.

Tabel 2.5 Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	Tidak mampu berbicara atau mendengar
	Menunjukkan respon tidak sesuai

Tabel 2.6 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Afasia
	2. Disfasia
	3. Apraksia
	4. Disleksia
	5. Disatria
	6. Afonia
	7. Dislalia
	8. Pelo
	9. Gagap
	10. Tidak ada kontak mata
	11. Sulit memahami komunikasi
	12. Sulit mempertahankan komunikasi
	13. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh

5) Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)

Penyebab :

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran

c) Gangguan penghiduan

d) Gangguan perabaan

Tabel 2.7 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1. Mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan	1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai
2. Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, atau pengecapan	3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu

Tabel 2.8 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
1. Menyatakan kesal	1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi 5. Curiga 6. Melihat ke satu arah 7. Mondar mandir 8. Bicara sendiri

6) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040)

Penyebab :

- a) Iritasi kandung kemih
- b) Penurunan kemampuan menyadari tanda –tanda gangguan
- c) Efek tindakan medis dan diagnostic
- d) Kelemahan otot pelvis
- e) Ketidakmampuan mengakses toilet
- f) Hambatan lingkungan

- g) Ketidakmampuan mengakses toilet
- h) Hambatan lingkungan
- i) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- j) Outlet kandung kemih tidak lengkap
- k) Imaturitas

Tabel 2.9 Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Desakan berkemih	1. Distensi kandung kemih
2. Urine menetes	2. Berkemih tidak tuntas
3. Sering buang air kecil	3. Volume residu urin meningkat
4. Nokturia	
5. Mengompol	
6. Enuresis	

Tabel 2.10 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

7) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Penyebab :

- a) Kerusakan integritas struktus tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan masa otot

- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskolasketal
- l) Gangguan neuromaskular
- m) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitasfisik kecemasan
- r) Gangguan kognitif
- s) Keengganan melakukan pergerakan
- t) Gangguan sensori persepsi

Tabel 2.11 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang Gerak (ROM) menurun

Tabel 2.12 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
1. Nyeri saat bergerak	1. Sendi kaku
2. Enggan melakukan pergerakan	2. Gerakkan tidak terkoordinasi
3. Mersa cemas saat bergerak	3. Gerakan terbatas
	4. Fisik lemah

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah proses kegiatan mental yang memberi pedoman atau pengarahan secara tertulis kepada perawat atau anggota tim kesehatan lainnya tentang intervensi atau tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada klien. Rencana keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan klien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan klien secara spesifik (Manurung, 2011). Kriteria hasil menurut (Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019) dan Intervensi keperawatan menurut (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018).

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Risiko Perfusi Jaringan Cerebral Tidak Efektif berhubungan dengan deficit neurologis (D.0017)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Sakit kepala menurun 3) Gelisah menurun 4) Tekanan arteri rata-rata (mean arterial pressure/ MAP) membaik 5) Tekanan intra kranial membaik	1) Bina hubungan saling percaya 2) Kaji status neurologic setiap jam 3) Kaji tingkat kesadaran dan GCS 4) Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata 5) Kaji reflek kornea dan gag 6) Evaluasi keadaan motoric dan sensori klien 7) Monitor tanda-tanda vital 8) Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur 9) Pertahankan klien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas 10) Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk/ fleksi 11) Anjurkan klien untuk tidak menekuk lututnya, batuk, bersin, feses yang keras atau mengejan 12) Pertahankan suhu normal 13) Monitor kejang dan berikan obat anti kejang 14) Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas klien semenial mungkin 15) Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik 16) Monitor AGD, PaCO₂ antara 35-45mmHg dan PaO₂>80 mmHg 17) Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping	1) Agar klien percaya dengantindakan yang diberikan 2) Menentukan perubahan deficit neurologic lebih lanjut 3) Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi 4) Mengetahui fungsi N II dan III 5) Menurunnya refleks kornea dan refleks gag indikasi kerusakan batang otak 6) Gangguan motorik dan sensori dapat terjadi akibat edema otak 7) Adanya perubahan tanda-tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak 8) Bradikardia dapat diakibatkan adanya gangguan otak, murmur dapat terjadi pada gangguan jantung 9) Istirahat yang cukup lingkungan yang mencegah perc kembali 10) Memfasilitasi drainasi vena dari otak 11) Dapat meningkatkan tekanan intracranial 12) Suhu tubuh yang meningkat akan meningkatkan aliran darah ke otak sehingga meningkatkan TIK 13) Kejang dapat terjadi akibat iritasi serebral dan keadaan kejang.

18) Bantu klien untuk pemeriksaan
diagnostic

- 14) Menimalkan stimulus sehingga menurunkan TIK
- 15) Mempertahankan adekuatnya oksigen, suction, dapat meningkatkan TIK
- 16) Karbondioksida menimbulkan vasodilatasi, adekuatnya oksigen sangat penting dalam mempertahankan metabolisme otak
- 17) Meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah kloting
- 18) Klien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut.
-

2. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0109)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam terjadi perilaku peningkatan perawatan diri Kriteria hasil: 1) Klien menunjukan perubahan gaya hidup untuk kebutuhan merawat diri 2) klien mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan, mengidentifikasi personal masyarakat yang dapat membantu	Observasi : 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik : 4) Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 5) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 6) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 7) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi : 8) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian 3) Untuk mengetahui kebutuhan alat kebersihan yang diperlukan 4) Untuk memudahkan melakukan perawatan diri 5) Dengan adanya dukungan dari keluarga maka klien merasa senang 6) Untuk melatih kemampuan klien dalam perawatan diri 7) Agar klien mampu melakukan perawatan diri 8) Agar klien mampu melakukan perawatan diri
---	---	---	---

3.	Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dan mengunyah	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan klien mampu memenuhi kebutuhan nutrisi. Dengan kriteria hasil : 1) Intake makanan adekuat 2) Anemis tidak ada 3) Berat badan ideal 4) Tanda tanda vitalnormal 5) Hb dan tanda albumin normal 6) Lingkar klien normal	Observasi : 1) Identifikasi statusnutrisi 2) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 3) Monitor beratbadan 4) Identifikasi makanan yang disukai Terapeutik : 5) Lakukan oral hygiene sebelummakan, jika perlu 6) Berikan makanantinggi serat untuk mencegah konstipasi 7) Berikan makanantinggi protein dan tinggi kalori Edukasi : 8) Anjurkan posisi duduk, jika mampu 9) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : 10) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	1) Untuk mengetahuistatus nutrisi 2) Untuk mengetahui kebutuhan kalordan jenis nutrisi 3) Untuk mengetahui perkembangan berat badan sebelum sakitdan sesudah sakit 4) Untuk mengetahuimakanan apa yangdisukai 5) Untuk menjaga kebersihan mulut 6) Untuk mencegah supaya tidak terjadi konstipasi 7) Untuk membantu peningkatan gizi pada klien 8) Untuk mencegah tersedak saat makan 9) Agar klien cepat tercukupi gizinya 10) Agar klien cepat tercukupi gizinya.
----	--	--	--	--

4.	Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan disartria (D.0119)	Setelah di lakukan perawatan 3x24 jam di harapkan klien menunjukkan peningkatan kemampuan komunikasi verbalKriteria hasil: 1) Keluarga mengungkapkan pelo yang di alami klien berkurang. 2) Klien berkomunikasi dengan jelas. 3) Klien tidak berbicara berulang-ulang untuk mengulang maksud yang sama.	1) Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara 2) Pertahankan kontak mata dengan klien saat berkomunikasi 3) Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi 4) Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh 5) Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara 6) Berikan respon terhadap perilaku non verbal 7) Konsultasikan dengan terapis wicara	1) Mengidentifikasi masalah komunikasi karena gangguan bicara atau gangguan bahasa 2) Klien dapat memperhatikan ekspresi dan gerakan bibir lawan bicara sehingga dapat mudah menginterpretasikan 3) Membantu menciptakan komunikasi yang efektif 4) Memudahkan penerimaan klien 5) Dengan membaikinya bicara percaya diri akan meningkatkan dan meningkatkan motivasi untuk memperbaiki bicara
----	--	--	---	--

5. Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu mempertahankan fungsi sensori dengan kriteria hasil : 1) Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi persepsi 2) Mendemonstrasikan tingkah laku untuk mengkompensasikan kekurangan	Observasi : 1) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 2) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan 3) Monitor tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit, suhu, sensasi dan kondisi secara berkala Terapeutik : 4) Pertahankan lingkungan yang aman 5) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol emosi 6) Jadwalkan aktivitas dan jadwal harian 7) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori Edukasi : 8) Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi) 9) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus Kolaborasi : 10) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan 1) Untuk mengetahui tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 2) Untuk mengetahui status mental, sensori dan tingkat kenyamanan 3) Untuk mengetahui tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit dan suhu 4) Untuk memberikan rasa nyaman dan aman kepada klien 5) Agar klien dapat mengontrol emosi 6) Supaya klien mempunyai kegiatan dan aktivitas setiap hari 7) Agar klien tidak merasa terbebani 8) Agar klien lebih rileks dan tenang 9) Agar klien lebih rileks dan tenang 10) Agar klien lebih rileks dan tenang 11) Agar klien lebih rileks dan tenang 12) Agar klien lebih rileks dan tenang
---	---	--

			11) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus 12) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu
6.	Gangguan eliminasi Urine berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi, kognitif, kerusakan komunikasi (D.0040)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan klien mampu BAK dengan normal dengan kriteria hasil : 1) Pola BAK normal 2) Klien dapat berkomunikasi sebelum BAK 3) Kulit bersih dan kering 4) Terhindar dari infeksi	Observasi : 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna) Terapeutik : 4) Catat waktu-waktu dan haluan berkemih 5) Batasi asupan cairan, jika perlu Edukasi : 6) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 7) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih 8) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada
			1) Untuk mengetahui tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2) Untuk mengetahui faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3) Untuk mengetahui frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna urin. 4) Untuk mengetahui seberapa sering klien berkemih 5) Untuk mengetahui banyaknya urin yang keluar. 6) Supaya mengetahui tanda dan gejala infeksi saluran kemih 7) Agar otot-otot panggul/berkemih berfungsi dengan normal lagi 8) Agar klien tidak dehidrasi

		kontraindikasi Kolaborasi :	9) Untuk mengatasi masalah eliminasi urin
		9) Kolaborasi pemberian obatsupositoria uretra, jika perlu	
7.	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan himeperise/hemiplegia (D.0054)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya. Kriteria hasil: 1) Tidak terjadi kontraktur sendi. 2) Bertambahnya kekuatan otot 3) Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas	1) Mengidentifikasi kekuatan otot, kelemahan motoric 2) Latihan ROM meningkatkan massa tonus, kekuatan otot, perbaikan fungsi jantung dan pernafasan 3) Mencegah footdrop, mencegah kontraktur fleksi bahu, mencegah edema dan kontraktur fleksi pada pergelangan 4) Daerah yang tertekan mudah sekali terjadi trauma 5) Membantu mencegah kerusakan kulit 6) Membantu memperlancar sirkulasi darah 7) Mengembangkan program khusus 8) Membantu memulihkan kekuatan otot dan meningkatkan control volunter 9) Mencegah adanya luka pada daerah yang tertekan

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Implementasi Keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan oleh seorang perawat berdasarkan intervensi/ rencana keperawatan. Dalam pelaksanaannya harus ada Standar Prosedur Operasional (SPO) atau panduan dalam melakukan implementasi.

Fase implementasi perawat melakukan pendampingan pada klien dalam merefleksikan intervensi/ perencanaan yang sudah disusun sesuai dengan skala prioritas yang telah disepakati dengan klien. kemudian pada tahap evaluasi seorang perawat harus mampu membimbing klien sehingga klien mampu menentukan tujuan selanjutnya dalam identifikasi masalah yang dialami klien. (Purba, 2020).

2.2.6 Evaluasi

Evaluasi adalah langkah terakhir pada proses keperawatan, evaluasi keperawatan ini dilakukan untuk menandai apakah rencana keperawatan yang dilakukan pada klien sudah tercapai atau sudah sesuai dengan perencanaan atau tidak (Fatimah, 2019). Pada saat akan melakukan pendokumentasian, menggunakan SOAP yaitu :

S : Data subjektif merupakan masalah yang diutarakan klien

O : Data objektif merupakan tanda klinik dan faktayangberhubungan dengan diagnosa keperawatan

A : Analisis dan diagnosa

P : Perencanaan merupakan pengembangan rencana yang akan datang dari intervensi.