

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep CVA (*Cerebro Vaskular Accident*)

2.1.1 Definisi

WHO (*World Health Organization*) mendefinisikan CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) adalah terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam akibat gangguan aliran darah otak. CVA sering kali menyebabkan berbagai bentuk kecacatan, seperti kelumpuhan pada anggota tubuh, gangguan berbicara, kesulitan dalam berpikir, penurunan daya ingat, serta berbagai jenis disfungsi lain akibat terganggunya fungsi otak (Saunoah, 2019).

CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) merupakan gangguan pada fungsi system syaraf yang diakibatkan adanya gangguan pada peredaran darah di dalam otak yang dikarenakan pecahnya pembuluh darah atau sumbatan pada pembuluh darah dalam otak (Zebua, 2021).

CVA Hemoragik adalah pecahnya pembuluh darah otak secara mendadak dengan akibat penurunan fungsi neurologis (Hariyanto *et al.*, 2015).

CVA *Infark* adalah stroke yang disebabkan karena terjadinya penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis atau emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel dan jaringan di otak (Darmawan, *et al.*, 2023).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Yueniwati (2016), klasifikasi dari penyakit CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) diantaranya yaitu:

1) CVA Hemoragik

CVA hemoragik terjadi akibat perdarahan di dalam jaringan otak, yang dikenal sebagai hemoragia intraserebrum atau hematoma intraserebrum, atau perdarahan ke ruang subarachnoid, yaitu celah sempit antara permukaan otak dan lapisan pelindungnya, yang disebut hemoragia subarachnoid. CVA hemoragik merupakan jenis CVA yang paling mematikan yang merupakan sebagian kecil dari keseluruhan CVA yaitu sebesar 10-15% untuk perdarahan intraserebrum dan sekitar 5% untuk perdarahan subarachnoid. CVA hemoragik dapat terjadi ketika lesi vaskular intraserebrum pecah, menyebabkan perdarahan ke ruang subarachnoid atau langsung ke jaringan otak. Beberapa jenis lesi vaskular yang dapat memicu perdarahan subarachnoid meliputi aneurisma sakular dan AVM (malformasi arteriovena).

2) CVA Infark/Non Hemoragik

CVA Infark atau CVA non hemoragik adalah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. *CVA infark* secara umum diakibatkan oleh aterotrombosis pembuluh darah serebral, baik yang besar maupun yang kecil. Pada *CVA infark* penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju

ke otak. Darah ke otak disuplai oleh dua arteri karotis interna dan dua arteri vertebralis. Arteri-arteri ini merupakan cabang dari lengkung aorta jantung. Suatu ateroma (endapan lemak) bisa terbentuk di dalam pembuluh darah arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Keadaan ini sangat serius karena setiap pembuluh darah arteri karotis dalam keadaan normal memberikan darah ke sebagian besar otak. Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil.

2.1.3 Etiologi

Menurut Isana (2021), sebagian besar CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) 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 Infark/ Non Hemoragik

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 infark. *CVA infark* dapat dibagi lagi ke dalam 2 jenis, CVA trombotik dan CVA embolik, yaitu:

- a) CVA Trombotik: merupakan jenis CVA 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 (Isana, 2021).

Penyebab CVA trombotik antara lain :

- (1) Arteriosklerosis merupakan penyumbatan yang disebabkan penumpukan plak, lemak dan kolesterol di dalam pembuluh darah di dinding pembuluh darah (endotel).
- (2) Trombus, merupakan penyumbatan yang diakibatkan oleh bekuan darah yang menempel di dinding pembuluh darah.
- (3) Embolus, merupakan penyumbatan yang disebabkan oleh benda asing maupun semacamnya yang tersangkut pada sirkulasi darah khususnya pembuluh darah di otak.
- (4) Obat-obatan, beberapa obat dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah (example: antidepresan, antiparkinson, dekonjestan dll.)
- (5) Gaya hidup, seperti merokok dapat menyebabkan elastisitas pembuluh darah menjadi berkurang
- (6) Psikologis, stres dapat menyebabkan sistem peredaran darah di dalam tubuh menjadi tidak normal yang dapat di tambah oleh faktor penyumbatan darah.
- (7) Hipotermia, kedinginan dapat menyebabkan menggigil sehingga merangsang aktivitas otot yang menghasilkan

panas tubuh yang kemudian dapat menyebabkan penyempitan.

- b) CVA 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.

Penyebab CVA emboli:

- (1) Katup-katup jantung rusak
- (2) Fibrilasi atrium, dapat menimbulkan embolus- embolus kecil yang terjadi akibat adanya pengosong ventrikel pada darah yang awalnya terbentuk dari gumpalan- gumpalan kecil.
- (3) Endokarditis, terjadi dikarenakan adanya infeksi dari berbagai macam bakteri atau non bakteri yang menyebabkan terbentuknya suatu gumpalan- gumpalan di endocardium.
- (4) Penyakit jantung tanpa aritmis/thrombus murni (stenosis mitral, miokarditis, dan sebagainya)
- (5) Komplikasi pembedahan jantung

2) CVA Hemoragik

CVA hemoragik terjadi ketika pembuluh darah 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 hemoragik terdiri dari dua jenis, yaitu perdarahan intraserebral dan subarachnoid (Wijaya, 2017).

- a) *Intracerebral Hemorrhage* (ICH): perdarahan intracerebral merupakan perdarahan yang terjadi pada jaringan otak, akibat robekan pembuluh darah di dalam jaringan otak. Penyebab Intracerebral Hemorrhage yaitu hipertensi, trauma kepala akibat kecelakaan, depresi tulang tengkorak akibat fraktur, cedera penetrasi peluru, malformasi arteri venosa, aneurisma.
- b) *Subarachnoid Hemorrhage* (SAH) adalah perdarahan yang terjadi di ruang subarachnoid di antara berada di lapisan pelindung otak atau meningen, akibat pecahnya atau rusaknya pembuluh darah (Harsono, 2016).

2.1.4 Manifestasi Klinis

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

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota tubuh pada satu sisi (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) dapat terjadi secara tiba-tiba. Kondisi ini disebabkan oleh kerusakan pada area motorik di korteks frontal, yang bersifat kontralateral. Artinya, jika

kerusakan terjadi pada hemisfer kanan otak, maka kelumpuhan otot volunter dan gangguan sensorik akan terjadi pada sisi kiri tubuh, sehingga pasien tidak mampu melakukan gerakan ekstensi atau fleksi.

2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi akibat kerusakan pada system saraf otonom serta gangguan pada saraf sensorik.

3) Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma)

Terjadi akibat pendarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

4) Afasia (kesulitan dalam bicara)

Kemampuan berkomunikasi secara lisan, termasuk membaca, menulis, dan memahami bahasa, merupakan fungsi penting otak.

Afasia terjadi ketika terdapat kerusakan pada area utama pusat bicara di hemisfer kiri, yang sering kali disebabkan oleh stroke yang mengganggu aliran darah di arteri serebral tengah kiri.

Afasia terbagi menjadi 3, yaitu

a) Afasia motorik atau ekspresif

Afasia ini disebabkan oleh kerusakan pada area Broca yang berada di lobus frontal otak. Pada jenis afasia ini, pasien mampu memahami pembicaraan orang lain, namun mengalami kesulitan dalam berbicara dan menyampaikan

kata-kata.

b) Afasia sensorik

Afasia ini disebabkan oleh kerusakan pada area Wernicke yang berada di lobus temporal. Pada jenis afasia ini, pasien tidak dapat memahami rangsangan pendengaran, meskipun masih mampu berbicara. Namun, respons verbal yang diberikan cenderung tidak relevan atau tidak koheren.

c) Afasia Global

Afasia ini terjadi akibat kerusakan yang luas pada otak, sehingga afasia jenis ini merupakan afasia paling berat. Pada afasia global pasien akan kesulitan bahkan tidak mampu membaca, menulis, serta memahami perkataan orang lain.

5) Disartia (bicara cadel atau pelo)

Kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian klien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartia terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Klien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah.

6) Gangguan penglihatan (diplopia)

Klien dapat mengalami kehilangan penglihatan, pandangan ganda, atau gangguan lapang pandang di salah satu sisi. Kondisi ini terjadi akibat kerusakan pada lobus temporal atau parietal

yang memengaruhi serat saraf optik di korteks oksipital. Selain itu, gangguan penglihatan juga dapat disebabkan oleh kerusakan pada saraf kranial III, IV, VI.

7) Disfagia

Kesulitan menelan disebabkan oleh kerusakan pada nervus kranial IX. Dalam proses menelan, bolus makanan didorong oleh lidah, glottis menutup, dan makanan kemudian masuk ke esofagus.

8) Inkontinensia

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi, hal ini dikarenakan terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel. vertigo, mual, muntal dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

2.1.5 Faktor Resiko

Menurut Meila (2019), penyakit CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) dapat diakibatkan oleh beberapa faktor, faktor-faktor tersebut mencakup :

- 1) Faktor genetik merupakan faktor yang tidak dapat dirubah, seperti usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga.
- 2) Faktor yang dapat dirubah seperti hipertensi, merokok, obesitas, diabetes melitus, tidak melakukan perilaku hidup sehat, tidak rutin melakukan pemeriksaan dan memakan makanan yang mengandung jumlah garam yang tinggi. Pola hidup dan pola makan sangat berpengaruh dalam timbulnya faktor-faktor resiko

CVA yang dapat terjadi seperti seringnya merokok, mengkonsumsi minuman bersoda dan beralkohol, sering memakan makanan cepat saji fast food and junk food.

2.1.6 Komplikasi

CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) merupakan penyakit yang mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi medis, adanya kerusakan jaringan saraf pusat yang terjadi secara dini pada CVA, sering diperlihatkan adanya gangguan kognitif, fungsional, dan defisit sensorik. Pada umumnya pasien pasca CVA memiliki komorbiditas yang dapat meningkatkan risiko komplikasi medis sistemik selama pemulihan CVA.

Beberapa komplikasi CVA dapat terjadi akibat langsung CVA itu sendiri, imobilisasi atau perawatan CVA. Hal ini memiliki pengaruh besar pada luaran pasien CVA sehingga dapat menghambat proses pemulihan neurologis dan meningkatkan perawatan semakin lama dirawat di rumah sakit. Komplikasi jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri pasca CVA, disfagia, inkontinensia, dan depresi adalah komplikasi sangat umum pada pasien CVA. Komplikasi menurut Tarwoto (2020), meliputi :

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.

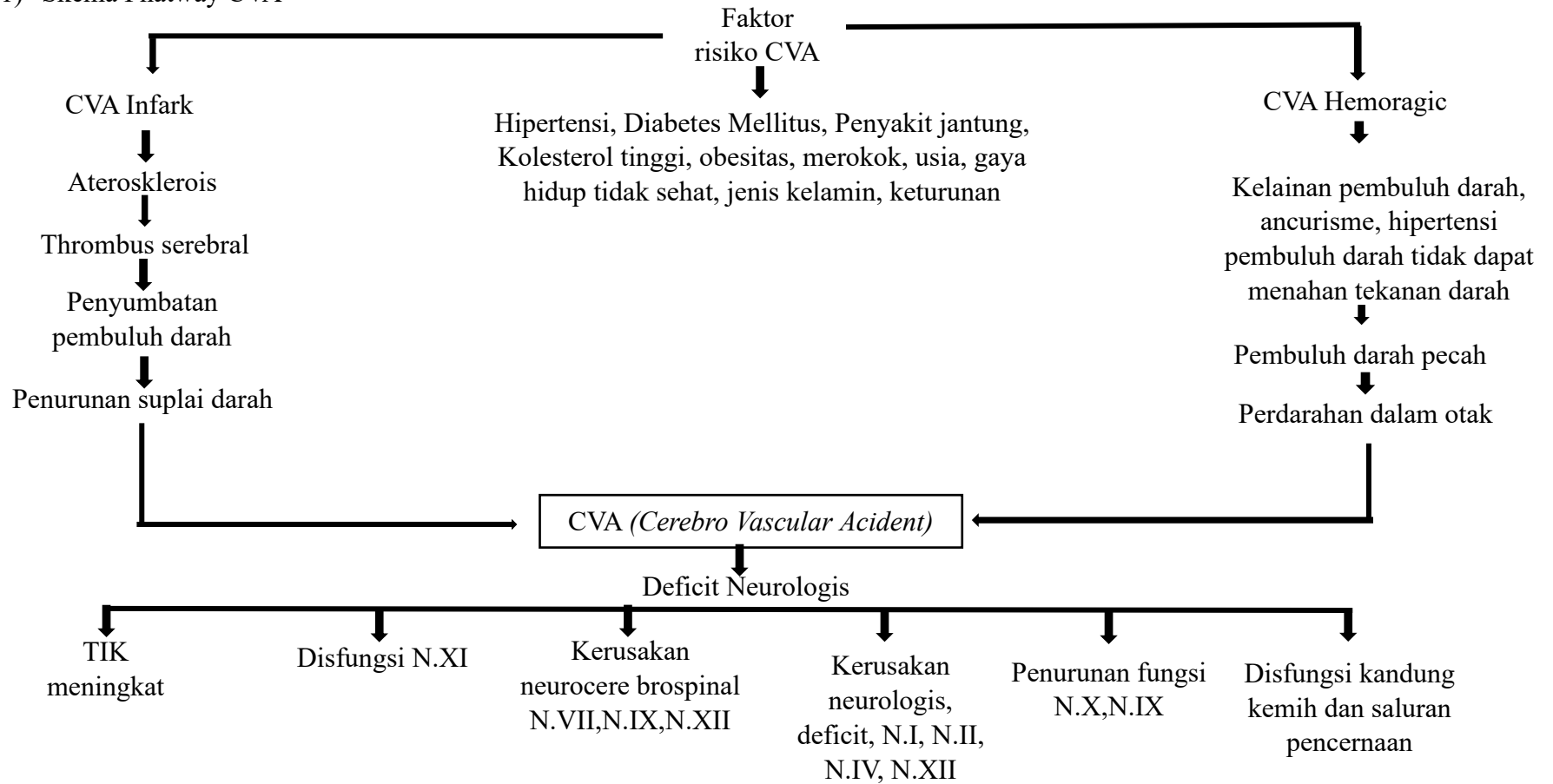
- a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi karena akibat imobilisasi seperti pneumonia

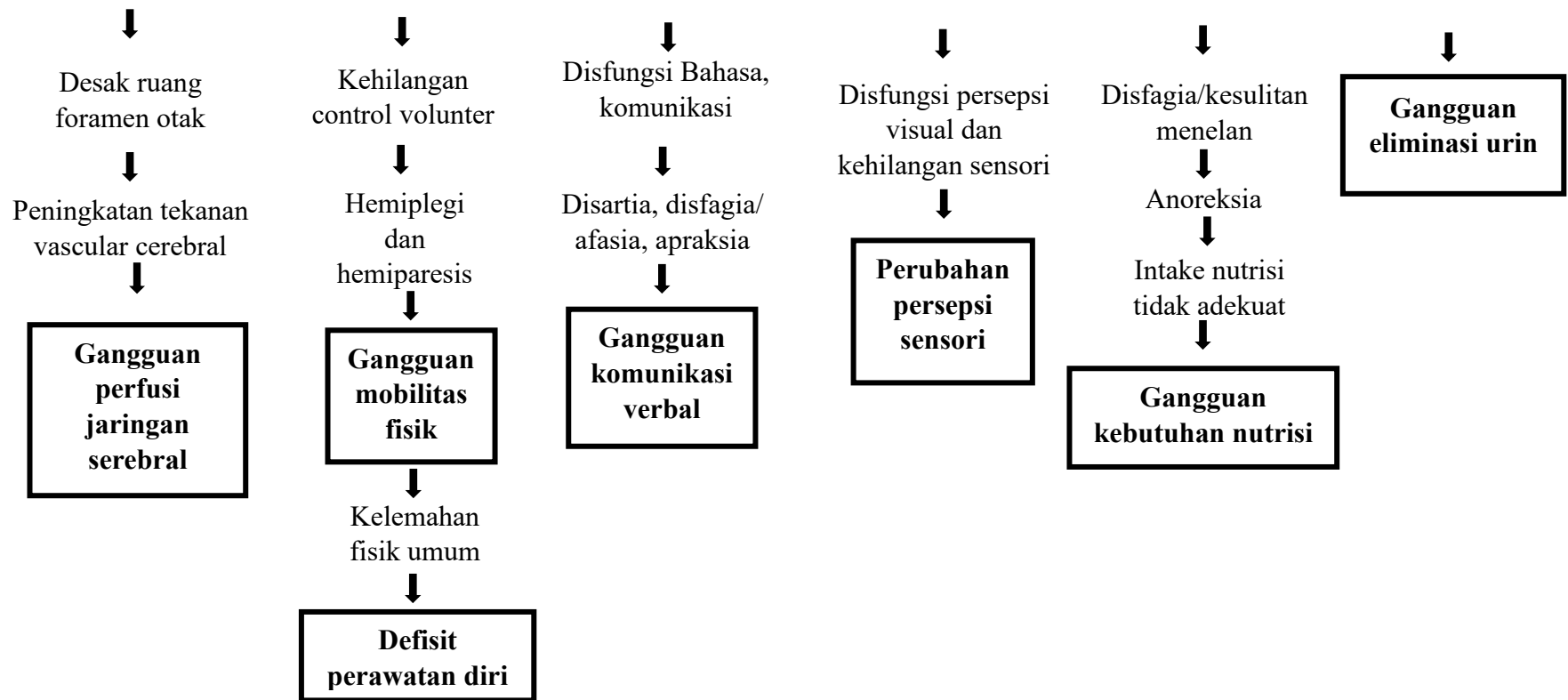
dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia.

- b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.
- c) Malnutrisi karena intake yang adekuat.

2.1.7 Patofisiologi (Phatway)

1) Skema Phatway CVA





Gambar 2.1 Patofisiologi, (NANDA, 2016)

2) Uraian Patofisiologi

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. 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 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 fonger sehingga menimbulkan masalah **gangguan eliminasi urine**.

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Tarwoto (2020), penatalaksanaan CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) terbagi atas :

- 1) Pada fase akut
 - a) Terapi cairan, pada fase akut CVA beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah.
 - b) Terapi oksigen, pasien *CVA infark* dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Oleh karena itu, kebutuhan oksigen sangat penting untuk mencegah hipoksia dan menjaga metabolisme otak tetap berjalan. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator, merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri.
 - c) Penatalaksanaan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK). Peningkatan tekanan intra kranial umumnya disebabkan oleh edema serebral. Oleh karena itu, pengurangan edema menjadi langkah penting yang dapat dilakukan, misalnya melalui pemberian manitol serta pengendalian atau kontrol tekanan darah.
 - d) Monitor fungsi pernapasan : Analisa Gas Darah
 - e) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG
 - f) Evaluasi status cairan dan elektrolit

- g) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri
- h) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi labung dan pemberian makanan
- i) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan antikoagulan
- j) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus cranial dan reflex

2) Fase rehabilitasi

- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat
- b) Program manajemen bladder dan bowel
- c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
- d) Pertahankan integritas kulit
- e) Pertahankan komunikasi yang efektif
- f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- g) Persiapan klien pulang

3) Terapi obat pada *CVA infark*

- a) Pemberian trombolisis dengan rt-PA (recombinant tissueplasminogen)
- b) Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada pasiendengan hipertensi

- 4) Terapi obat pada CVA hemoragic
 - a) Antihipertensi : kaptopril, antagonis kalsium
 - b) Diuretik : manitol 20%, furosemid
 - c) Antikonvulsan : fenitoin

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Oktavianus (2014), pemeriksaan penunjang pada CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) diantaranya yaitu:

1) CT-Scan

Diagnosis CVA dikonfirmasi dengan bantuan pencitraan otak. Pemindaian CT scan kepala non- kontras merupakan pemeriksaan yang cepat dan aman. Pada fase akut, perdarahan terlihat jelas sebagai area yang hiperdens (putih). Gambaran ini tetap dapat muncul selama sekitar 72 jam dari serangan stroke. Pada hari ke-10, area perdarahan akan menjadi hipodens (terlihat lebih gelap dari jaringan normal). Pada *CVA infark* zona hipodens yang berbatas tegas muncul. Namun selama beberapa jam pertama terutama pada 6 jam pertama, *CVA infark* mungkin tidak akan tampak pada CT scan. Oleh sebab itu pada kasus yang dicurigai *CVA infark* pada jam-jam awal kejadian sebaiknya dilakukan pemeriksaan MRI.

2) Pemeriksaan magnetic resonance imaging (MRI)

Pemeriksaan MRI menunjukkan daerah yang mengalami infark atau hemoragik. MRI mempunyai banyak keunggulan dibanding CT dalam mengevaluasi CVA, MRI lebih sensitif dalam

mendeteksi infark, terutama yang berlokasi dibatang otak dan serebelum.

3) Pemeriksaan magnetic resonance angiography (MRA)

Merupakan metode non-invasif yang memperlihatkan arteri karotis dan sirkulasi serebral serta dapat menunjukkan adanya oklusi.

4) Pemeriksaan ultrasonografi karotis dan dopler transkranial

Mengukur aliran darah serebral dan mendeteksi penurunan aliran darah stenosis di dalam arteri karotis dan arteri vetebrobasilaris selain menunjukkan luasnya sirkulasi kolateral. Kedua pemeriksaan ini dapat digunakan untuk mengkaji perburukkan penyakit vaskular dan mengevaluasi efek terapi yang ditimbulkan pada vasospasme, seperti yang terjadi pada perdarahan subaraknoid. Angiografi serebral merupakan prosedur invasif yang menggunakan media kontras untuk menunjukkan pembuluh darah serebral, kepatenan, dan lokasi stenosis, oklusi atau aneurisma. Pemeriksaan aliran darah serebral membantu menentukan derajat vasopasme.

5) Pemeriksaan EKG

Pemeriksaan EKG memperlihatkan daerah yang spesifik.

6) Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan elektrolit, fungsi ginjal, kadar glukosa, lipid, kolestrol, dan trigliserida dilakukan untuk membantu menegakan diagnose.

7) EEG (Electro Encephalografi)

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

8) Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, oklusi/ruptur.

9) Sinar X tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi parsial dinding, aneurisma pada perdarahan sub arachnoid.

10) Pemeriksaan foto thorax

Memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari masa yang meluas.

11) Pungsi lumbal

Pemeriksaan pungsi lumbal menunjukkan adanya tekanan normal. Tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan membantu perawat mendapatkan luaran, mengukur kualitas pelaksanaan asuhan keperawatan dan memudahkan perawat untuk melakukan praktik klinis keperawatan yang terdiri dari lima tahapan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Koerniawan, *et al.*, 2020).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan di analisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang di hadapi klien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan tindakan yang harus diambil untuk mengatasi masalah keperawatan (Polopadang, *et al.*, 2019).

Proses pengkajian mencakup pengumpulan data, penyusunan data, validasi data, pencatatan data. Pengumpulan data adalah alat utama dalam pengkajian awal klien dan merupakan proses yang kontinyu untuk memperoleh informasi yang diperlukan untuk asuhan keperawatan (Wiratama, 2019)

1) Identitas Klien

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

2) Keluhan utama

Keluhan yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah kiri, bicara cedal, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Tarwoto, 2015).

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Pada serangan otak CVA biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan sampai kejang tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain (Tarwoto, 2015).

P : Sebagian besar klien mengatakan pusing atau nyeri pada bagian tubuh tertentu.

Q : Nyeri yang dirasakan biasanya seperti ditusuk-tusuk jarum.

R : Nyeri yang dirasakan Sebagian besar dikepala.

S : Sebagian besar klien memberikan penilaian skala ringan antara 4-6.

T : Nyeri terasa terus-menerus atau sewaktu-waktu.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian

pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya (Tarwoto, 2015).

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya perlu dikaji adanya riwayat hipertensi pada keluarga, riwayat terjadinya stroke, komposisi keluarga dan apakah ada anggota keluarga yang lain mengidap penyakit menular. (Doenges, 2018).

6) Riwayat Psikososial dan 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 karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin 2019).

7) Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola nutrisi cairan/metabolisme

Umumnya, klien mengalami kendala untuk memenuhi kebutuhan saat makan dan minum, klien biasanya mengeluh kurang nafsu makan, mual, muntah, kehilangan sensasi di lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, dan menderita diabetes, peningkatan jaringan adiposa visceral darah, disertai kesulitan menelan yang serius dan obesitas (Tarwoto, 2015).

b) Pola eliminasi

Pada pasien stroke biasanya didapatkan pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi, bagaimana eliminasi BAK apakah ada kesulitan, warna, bau, berapa jumlahnya, karena pada pasien stroke mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural (Tarwoto, 2013).

c) Pola aktivitas dan personal hygiene

Klien biasanya mengeluh bahwa sulit bagi mereka untuk menjalankan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau kelumpuhan (hemiplegia), mudah lelah, sulit istirahat, penurunan tonus otot, kelumpuhan (hemiplegia), kelemahan umum, berkurangnya penglihatan dan berkurangnya tingkat kesadaran. Oleh karena itu personal hygiene klien kurang.

d) Pola tidur dan istirahat

Pada klien *CVA* terdapat gangguan jumlah dan kualitas tidur yang dibatasi waktu, akibat faktor eksternal, klien akan mengalami istirahat yang tidak cukup karena keluhan yang di alaminya (Tarwoto, 2015).

e) Pola hubungan dan peran

Pola hubungan dan peran adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan berbicara (Doengoes, et., al 2018)

f) Pola kognitif dan sensori

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan atau kekaburan pandangan, perabaan atau sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Tarwoto, 2015).

g) Pola persepsi dan konsep diri

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

h) Pola reproduksi seksual

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.

i) Pola mekanisme koping

Klien biasanya mengalami kesulitan dalam memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi.

j) Pola nilai dan kepercayaan

Pola keyakinan dan nilai meliputi keyakinan dan persepsi klien terhadap penyakit dan kesembuhannya dihubungkan dengan agama yang klien anut. Bagaimana aktifitas spiritual klien selama klien menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya (Rohmah, 2009).

8) Keadaan Umum

Biasanya klien *CVA* mengalami badan lemah (*letarge*), nyeri kepala (*cheplgia*), penurunan kesadaran (apatis, samnolen, delirium, stupor/ semikoma, koma). Terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30 mmHg), peningkatan suhu ($>37^{\circ}\text{C}$), nadi takikardi, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Tarwoto, 2013)

9) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum dengan klien *CVA* biasanya mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu kesulitan dalam bicara, bicara cedal/pelo, terjai kelemahan tubuh disalah satu sisi. Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Muttaqin, 2019).

a) Kepala

Bentuk Memperhatikan bentuk kepala normal, abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, meononjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai, kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hematom atau riwayat operasi.

b) Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada pemeriksaan II (optikus) : biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotorius) : biasanya diameter pupil 2mn/2mn, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebral dan reflek kedip dapat dinilai jika klien bisa membuka mata. Nervus IV (troklearis) : biasanya klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan kebawah. Nervus VI (abduken) : biasanya hasil yang didapat klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan (Satyanegara, 2014).

c) Telinga

Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/ berdesis pada telinga).

d) Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius) : kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda dari pada nervus VIII (vestibulokoklearis) : biasanya pada klien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung (Tarwoto, 2015).

e) Mulut dan gigi

Biasanya adanya gangguan pengecap (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, disatria (bicara cadel atau cedal), afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.

f) Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus) : biasanya klien CVA non hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+) (Tarwoto, 2015).

g) Dada/Thorak

(1) Pemeriksaan paru

Inpeksi : amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung),

frekuensi pernapasan, irama dan suara nafas. Kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan.

Palpasi : untuk menilai tactile fremitus

Perkusi : untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor

Auskultasi : auskultasi trakea suara yang didengar adalah bronchial, auskultasi bronkus suara yang didengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan reflek batuk dan menelan (Doengos , et., al 2018).

(2) Pemeriksaan jantung

Perkusi : pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak

Auskultasi : mengetahui suara jantung (S1) terdengar bunyi “lup”, suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi “dup” dan suara jantung ketiga (S3 dan S4). Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung

h) Abdomen

- (1) Inspeksi : Bentuk simetris, pembesaran tidak ada
- (2) Auskultasi: Terjadi penurunan peristaltic (normalnya 5-35x/menit)
- (3) Auskultasi : Bising usus agak lemah
- (4) Perkusi : Nyeri tekan tidak ada, nyeri perut tidak ada

i) Ekstremitas

(1) Atas

Biasanya terpasang infus bagian dextra atau sinistra. *Capillary Refil Time* (CRT) biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya klien CVA non hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bisep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek *Hoffman tromner* biasanya jari tidak mengembang. Ketika diberi reflek (reflek *Hoffman tromner*)) (Tarwoto, 2015).

(2) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya pada saat pemeriksaan *bluedzensky* 1 kaki kiri klien fleksi (*bluedzensky* (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek *babinsky* (+)). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon (reflek

Caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek *openheim* (+)) dan pada saat betis diremas dengan kuat biasanya klien tidak merasakan apa-apa (reflek *Gordon* (+)). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan (reflek *patella* (+)) (Tarwoto, 2015).

j) Pemeriksaan genetalia dan anus

Pada klien dengan CVA kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doengos , et,. al 2018).

k) Pemeriksaan integument

(1) Kulit : jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek (Kembali >2 detik). Disamping itu perlu juga dikaji tanda-tanda decubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien CVA harus bed rest.

(2) Kuku : perlu dilihat adanya *clubbing finger*, *cyanosis* (Sinta, 2011).

l) Pemeriksaan musculoskeletal

Amati adanya pembengkakan atau edema dan pergerakan sendi, sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2019).

m) Pemeriksaan reflek

(1) Reflek fisiologis seperti reflek bisep, trisep, brakioradialis, patella, achilles

(2) Reflek patologis, seperti reflek plantar (Babinski) dan chaddock mengalami abnormalitas pada sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan.

Pada fase akut, reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul Kembali didahului dengan reflek patologis.

n) Syaraf Kranial

(1) Nervus Kranialis 1 olfaktorius : Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

(2) Nervus Kranialis 2 optikus : Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang

(3) Nervus Kranialis 3 okulomotoris,: Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar

(4) Nervus Kranialis 4 Trochlearis : Kelainan berupa paralisis nervus trochlearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial

- (5) Nervus Kranialis 5 Trigemini : untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigemini yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigemini
- (6) Nervus Kranialis 6 abducent : Kelainan pada paralisis nervus abducent menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, ketika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior
- (7) Nervus Kranialis 7 facialis: Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis).
- (8) Nervus Kranialis 8 Vestibulokoklearis : Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo)
- (9) Nervus Kranialis 9 glossofaringius dan Nervus Kranialis 10 vagus : Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glossofaringius 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 Kranialis 11 assessorius : Gangguan pada nervus assessorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapezius) dan otot leher (otot sternokleidomastoideus). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus assessorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persyarafan otot trapezius dan otot sternokleidomastoideus terganggu

(11) Nervus Kranialis 12 hipoglossus : Kerusakan nervus hipoglossus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglossus pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan

membelok ke arah sisi yang sakit saat di julurkan. Saat istirahat lidah membelokk ke sisi yang sehat di dalam mulut.

o) Keadaan Umum

Keadaan umum : lemah, sakit ringan, sakit berat, gelisah, rewel. Tingkat kesadaran sesuai dengan kondisi klien. Keadaan tanda-tanda vital, seperti tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan.

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 (sammolen), 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)

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk

menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Marpaung, 2019). Berikut diagnosa keperawatan pada klien CVA menurut (SDKI, 2017) :

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

Subjektif	Objektif
1. Klien mengatakan nyeri kepala	1. Gangguan status mental 2. Penurunan kesadaran 3. Perubahan tanda vital 4. Penurunan fungsi memori 5. Perubahan perilaku 6. Perubahan respon motorik 7. Kelemahan atau paralisi 8. hasil CT Scan MRT adanya edema serebri, perdarahan

- 2) 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 Gangguan muskolasketal
- k) Gangguan neuromaskular
- l) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75sesuai usia
- m) Efek agen farmakologis
- n) Program pembatasan gerak
- o) Nyeri
- p) Kurang terpapar informasi tentang aktivitasfisik kecemasan
- q) Gangguan kognitif
- r) Keengganan melakukan pergerakan
- s) Gangguan sensori persepsi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
1. Nyeri saat bergerak	1. Sendi kaku

2. Enggan melakukan pergerakan	2. Gerakan tidak terkoordinasi
3. Merasa cemas saat bergerak	3. Gerakan terbatas
	4. Fisik lemah

3) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

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

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

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

4) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

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

Penyebab :

- a) Ketidakmampuan menalar makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- d) Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)
- e) Faktor psikologis (mis. Stresss, keengganan untuk makan)

Kondisi Klinis Terkait :

- a) Stroke
- b) Parkinson
- c) Mobius Syndrome
- d) Cerebral palsy
- e) Cleft lip
- f) Cleft palate
- g) Amyotrophic lateral sclerosis
- h) Kerusakan neuromuskular
- i) Luka bakar
- j) Kanker,
- k) Infeksi
- l) AIDS
- m) Penyakit Crohn's

- n) Enterokolitis
- o) Fibrosis kistik

5) 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 neuromaskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskulusekelestial
- e) Kelainan platum
- f) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, 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, ketidak sesuaian budaya, bahasa asing).

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Tidak mampu berbicara atau mendengar

2. Menunjukkan respon tidak sesuai	
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 14. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah dan tubuh 15. Sulit menyudun kalimat 16. Verbalisasi tidak tepat 17. Sulit mengungkapkan kata-kata 18. Disorientasi orang, ruang, waktu

19. Defisit penglihatan
20. Delusi

6) Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)

Penyebab :

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan penghiduan
- d) Gangguan perabaan

Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda 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 mandiri

8. Bicara sendiri

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

Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien. Rencana asuhan keperawatan yang akan disusun harus mempunyai beberapa komponen, yaitu prioritas masalah, kriteria hasil, rencana intervensi, dan pendokumentasian (Baringbing, 2023). Menurut PPNI (2018), intervensi dari diagnose CVA diatas adalah :

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi jaringan otak dapat tercapai secara normal dengan kriteria hasil : 1. Klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik dan motorik. 2. Tanda-tanda vital stabil. 3. Peningkatan TIK tidak ada 4. Gangguan lebih lanjut tidak terjadi	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 pasien 7. Monitor tanda-tanda vital 8. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur 9. Pertahankan pasien 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 pasien 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 pasien semenimal mungkin 15. Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction	1. Agar klien percaya dengan tindakan 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 menghambat aliran darah otak gangguan otak, murmur dapat terjadi pada gangguan jantung

-
- | | |
|--|---|
| <p>dan suction tidak lebih dari 15 detik</p> <p>16. Monitor AGD, PaCO₂ antara 35-45mmHg dan PaO₂>80 mmHg</p> <p>17. Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping</p> <p>18. Bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostic</p> | <p>9. Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali</p> <p>10. Memfasilitasi drainasi vena dari otak</p> <p>11. Dapa meningkatkan tekanan intracranial</p> <p>12. Suhu tubuh yang meningkat akan meningkatkan aliran darah ke otak sehingga meningkatkan TIK</p> <p>13. Kejang dapat terjadi akibat iritasi serebral dan keadaan kejang.</p> <p>14. Menimalkan stimulus sehingga menurunkan TIK</p> <p>15. Mempertahankan adekuatnya oksigen, suction, dapat meningkatkan TIK</p> <p>16. Karbondioksida menimbulkan vasolilatasi, adekuatnya oksigen sangat penting dalam mempertahankan metabolisme otak</p> |
|--|---|
-

						17. Meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah kloting 18. Pasien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut
2.	Gangguan Berhubungan himeperise/hemiplegia (D.0054)	Mobilitas	Fisik dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka klien mampu meningkatkan aktivitas fisik pada sisi tubuh yang mengalami kelemahan, dengan kriteria hasil: 1. Mempertahankan keutuhan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur, footdrop 2. Mempertahankan kekuatan/fungsi tubuh secara optimal 3. Mendemonstrasikan teknik/perilaku melakukan aktivitas 4. Mempertahankan integritas kulit 5. Kebutuhan ADL terpenuhimeningkatkan mobilitas	1. Kaji kemampuan motorik 2. Ajarkan pasien untuk melakukan ROM minimal 3x perhari bila mungkin 3. Bila klien di tempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh 4. Observasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema atau tanda lain gangguan sirkulasi 5. Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak 6. Lakukan massage pada daerah tertekan 7. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi 8. Kolaborasi stimulasi elektrik 9. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur anti dekubitus	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
3.	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan neuromaskular (D.0109)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam terjadi prilaku 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, mengidentifikasikan 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. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 8. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi : 9. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	1. Untuk megetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Untuk mengetahui tingkat kemandirian 3. Untuk mengetahui kebutuhan alat kebersihan yang diperlukan 4. Untuk menciptakan suasana yang kenyamanan terhadap klien 5. Untuk memudahkan melakukan perawatan diri 6. Dengan adanyadukungan dari keluarga maka klien merasa senang 7. Untuk melatih kemampuan klien dalam perawatan diri
4.	Resiko defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dan mengunyah (D.0032)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien mampu memenuhi kebutuhan nutrisi. Dengan kriteria hasil : 1. Intake makanan adekuat	Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi makanan yang disukai 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 4. Monitor berat badan	1. Untuk mengetahui status nutrisi 2. Untuk mengetahui makanan apa yang disukai

		2. Kekuatan otot pengunyah meningkat 3. Kekuatan oto menelan meningkat 4. Anemis tidak ada 5. Berat badan ideal 6. Tanda tanda vital normal 7. Hb dan tanda albumin normal 8. Lingkar klien normal	5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik : 6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 7. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 8. Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori Edukasi : 9. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 10. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : 11. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu	3. Untuk mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 4. Untuk mengetahui perkembangan berat badan sebelum sakit dan sesudah sakit 5. Untuk mengetahui ada tidaknya kelainan dalam hasil laboratorium 6. Untuk menjaga kebersihan mulut 7. Untuk mencegah konstipasi 8. Untuk mencegah tersedak saat makan 9. Untuk memudahkan pasien makan 10. Agar pasien memahami diet yang sedang dijalani saat ini 11. Untuk menentukan asupan kalori yang diperlukan dan untuk mempertahankan berat badan yang sudah ditentukan
5.	Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan kemampuan berbicara membaik dengan kriteria hasil : 1. Mampu menggunakan metode komunikasi yang	1. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara 2. Pertahankan kotak mata dengan pasien saat berkomunikasi 3. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi	1. Mengidentifikasi masalah komunikasi karena gangguan bicara atau gangguan bahasa 2. Pasien dapat memperhatikan ekspresi dan gerakan bibir lawan

		efektif baik verbal maupun non verbal	4. Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh	bicara sehingga dapat mudah menginterpretasikan
		2. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar	5. Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara	3. Membantu menciptakan komunikasi yang efektif
		3. Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain	6. Berikan respon terhadap perilaku non verbal	4. Memudahkan penerimaan pasien
			7. Konsultasikan dengan terapis wicara	5. Dengan membaiknya bicara percaya diri akan meningkatkan dan meningkatkan motivasi untuk memperbaiki bicara
				6. Menunjukkan adanya respon dan rasa empati terhadap pasien
				7. Penanganan lebih lanjut dengan teknik khusus
6.	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 hariain	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

			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 11. Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus 12. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu	5. Supaya klien mempunyai kegiatan dan aktivitas setiap hari 6. Untuk mengatasi gangguan persepsi sensori yang dialami klien dengan pemberian obat rutin
7.	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. Sensasi berkemih meningkat 2. Pola BAK normal 3. Frekuensi BAK membaik 4. Klien dapat berkomunikasi sebelum BAK 5. Kulit bersih dan kering 6. Terhindar dari infeksi	Observasi : 1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinesia urine 2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinesia 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 :	1. Untuk mengetahui tanda dan gejala retensi atau inkontinesia urine 2. Untuk mengetahui faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinesia urine 3. Untuk mengetahui frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna urin Supaya mengetahui tanda dan gejala infeksi saluran kemih 4. Untuk mengetahui waktu-waktu saat berkemih

-
6. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih
 7. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
 8. Ajarkan terapi modalitas penguatan otot -otot panggul/berkemih
 9. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi

Kolaborasi :

10. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra,jika perlu
-

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).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

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