

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar *CVA (Cerebral Vaskuler Accident)*

2.1.1 Definisi *CVA*

Cerebro Vaskuler Accident (CVA) adalah penyakit pembuluh darah otak. Definisi menurut *WHO*, *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain *vascular* (Kemenkes, 2018).

CVA didefinisikan sebagai defisit (gangguan) fungsi sistem saraf yang terjadi mendadak dan disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak meliputi sumbatan bekuan darah, penyempitan pembuluh darah, sumbatan dan penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah. *CVA (Cerebral Vaskuler Accident) Infark* merupakan suatu keadaan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak yang umumnya terjadi serangan saat atau setelah bangun tidur. (Hariyanto, 2015). *CVA (Cerebral Vaskuler Accident) Infark* merupakan kondisi kekurangan suplai darah ke otak yang disebabkan adanya *thrombus* atau *emboli* (Otavianus, 2014).

Berdasarkan definisi *CVA infark* diatas dapat disimpulkan bahwa *CVA Infark* merupakan sebuah kondisi gangguan fungsi otak pada otak yang disebabkan oleh penurunan suplai darah dan oksigen ke otak yang disebabkan karena adanya *thrombus* dan *emboli* yang pada umumnya terjadi serangan secara mendadak pada saat atau setelah bangun tidur yang dapat mengakibatkan kematian karena penyumbatan pembuluh.

2.1.2 Klasifikasi *CVA Infark*

CVA infark yang dapat disebabkan obstruksi total atau sebagian karena iskemik, thrombosis, emboli atau penyempitan lumen arteri. Pada *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak menurun. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan, tetapi timbul edema sekunder. Klasifikasi *CVA infark* menurut (Hariyanto, 2015) :

- 1) *CVA (Cerebro Vascular Accident) Thrombosis* adalah pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.
- 2) *CVA (Cerebro Vascular Accident) emboli* adalah benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah pada otak.
- 3) *Hipoperfusi sistemik* adalah gangguan denyut jantung sehingga aliran darah ke seluruh tubuh berkurang.
- 4) Penyempitan lumen arteri yang terjadi karena infeksi atau proses peradangan, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2.1.3 Etiologi *CVA Infark*

Ada beberapa penyebab *CVA Infark* (Muttaqin, 2008), yaitu:

1) *Trombosis Serebri*

Terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan *iskemik* jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya muncul saat sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan

penurunan tekanan darah yang menyebabkan *iskemik serebral*. Tanda dan gejala neurologis serung kali memburuk pada 48 jam setelah *thrombosis*. Beberapa keadaan ini yang menyebabkan *thrombosis* otak.

- a) *Arterosklerosis*: mengerasnya atau berkurangnya kelenturan dan elastisitas dinding pembuluh darah.
- b) *Hiperkoagulasi*: darah yang bertambah kental yang akan menyebabkan viskositas atau hematokrit meningkat sehingga dapat melambatkan aliran darah serebral.
- c) *Arteritis*: radang pada arteri.

2) *Emboli serebri*

Terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Biasanya emboli berasal dari trombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebri. Keadaan-keadaan yang dapat menimbulkan *emboli*:

- a) Penyakit jantung reumatik.
- b) *Infark Miokardium*.
- c) *Fibrilasi* dan keadaan *aritmia*: dapat membentuk gumpalan- gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emboli serebri.
- d) *Endokarditis*: menyebabkan gangguan pada *endocardium*.

3) *Hipoperfusi sistemik*

Hipoperfusi sistemik terjadi karena perdarahan masif atau kegagalan pompa jantung yang menyebabkan *hipotensi sistemik* dan oleh karena itu, *hipoperfusi* pembuluh darah *kranial* menyebabkan *iskemia* otak global.

4) *Penyempitan lumen arteri*

Penyempitan *lumen arteri* terjadi karena infeksi atau proses peradangan, *spasme*, atau karena kompresi massa dari luar.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut (Oktavianus, 2014) manifestasi klinis *CVA* tanda dan gejala yang sering muncul yaitu :

1) *TIA (Transient Ischemic Attack)*

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

2) *RIND (Reversible Ischemic Neurologic Deficit)*

Gejala timbul lebih dari 24 jam.

3) *Progressing stroke* atau *stroke ineolution*

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

4) Sudah menetap atau permanen

Menurut Tarwoto (2013), manifestasi klinis *CVA* tergantung dari sisi mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Berikut gejala klinis pada *CVA infark*:

- 1) Kelumpuhan pada wajah atau anggota badan sebelah (*hemiparise*) atau *hemiplegia (paralisis)* yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan ini terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal yang bersifat *kontralateral*, artinya jika terjadi kerusakan pada *hemisfer* kanan maka terjadi kelumpuhan otot sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot *vulenter* dan sensorik sehingga tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

- 2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan. Gangguan ini terjadi akibat adanya kerusakan pada sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensori.
- 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 bicara) *Afasia* terjadi jika ada kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri *middle* sebelah kiri. *Afasia* terbagi menjadi 3, yaitu :
 - a) *Afasia motorik* atau *ekspresif*

Afasia ini terjadi karena kerusakan pada area *broca* yang terletak pada *lobus frontal* otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara.
 - b) *Afasia sensorik*

Afasia ini terjadi karena kerusakan area *wernicke*, yang terletak pada *lobus temporal*. Pada afasia jenis ini pasien tidak dapat menerima stimulasi pendengaran, tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan, sehingga respons bicara tidak nyambung (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) *Disarthria* (bicara cedal atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Tetapi pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. *Disarthria* terjadi karena adanya kerusakan pada *nervus cranial* sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring sehingga pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

6) Gangguan penglihatan, (*diplopia*)

Pasien dapat kehilangan penglihatan, pandangan menjadi ganda dan juga gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena adanya kerusakan pada *lobus temporal* atau *parietal* yang dapat menghambat serat saraf *optic* pada korteks *oksipital*. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena adanya kerusakan pada saraf *cranial* III, IV dan V.

7) *Disfagia*

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan *nervus cranial* IX. Selama menelan *bolus* didorong oleh lidah dan *glottis* menutup, kemudian makanan masuk ke *esophagus*.

8) *Inkontinensia*

Inkontinensia baik *bowel* maupun *bladder* sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi *bladder* dan *bowel*.

9) *Vertigo*, mual, muntah, nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan *intracranial*, edema serebri.

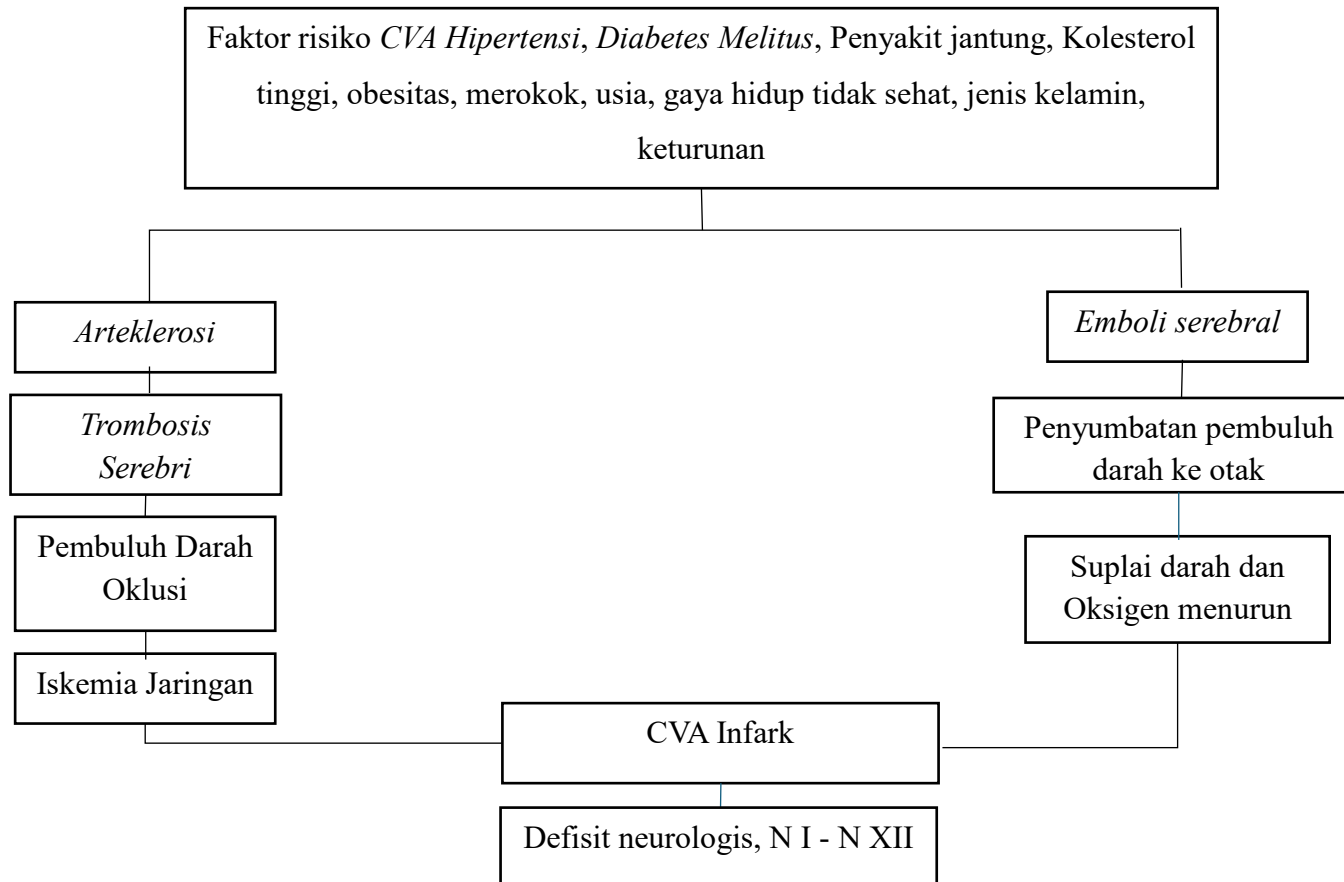
2.1.5 Faktor Risiko

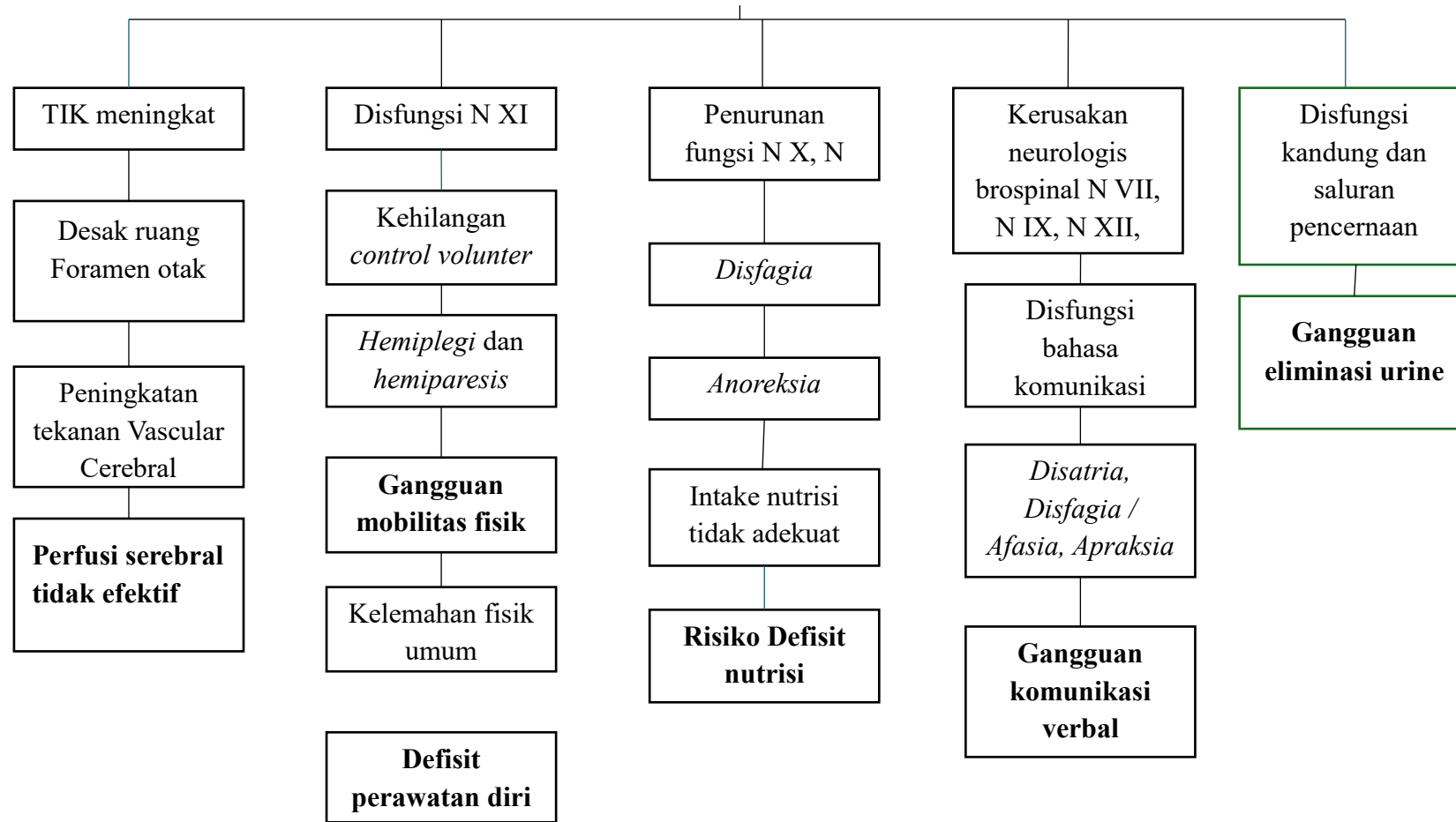
Ada beberapa faktor risiko *CVA* yang sering teridentifikasi menurut (Asri Kusyani, 2022).

- 1) Faktor yang tidak dapat di ubah
 - a) Jenis kelamin.
 - b) Usia.
 - c) Keturunan.
- 2) Faktor yang dapat di ubah
 - a) Kelainan jantung
 - b) *Hipertensi*.
 - c) *Anuerisma* pembuluh darah *cerebral*.
 - d) DM.
 - e) Peningkatan kolesterol.
 - f) Obesitas.
 - g) Rokok, Alkohol.
 - h) Kurang aktivitas fisik.

2.1.6 Patofisiologi

1. Bagan





2. Uraian

Faktor yang mempengaruhi terjadinya CVA (Cerebro Vasculer 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 Faktor terjadinya CVA infark yaitu Tromboli 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) . emboli disebabkan karena adanya udara, lemak ataupun bekuan darah yang terbawa oleh aliran darah dan berakibat penyumbatan pada pembuluh darah di otak, 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 **Resiko perfusi serebral tidak efektif** salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan vascular serebral dan menimbulkan nyeri kepala. Pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan control volunter atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada 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). Kelemahan kontrol oto fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, disfasia/afasia, disatria (kehilangan kemampuan

berbicara) sehingga muncul masalah **gangguan komunikasi verbal**. Pada saluran pencernaan atas klien mengalami 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**.

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut (Tarwoto, 2013), penatalaksanaan *CVA* di rumah sakit sebagai berikut :

1) Penatalaksanaan Umum

- a) Posisi kepala dan badan diatas 20-30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Oleh dimulai mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil.
- b) Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/menit bila ada hasil gas darah.
- c) Kandung kemih yang penuh dikosongkan dengan kateter.
- d) Suhu tubuh harus dipertahankan.
- e) Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah fungsi menelan baik, bila terhadap gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun, dianjurkan pipi NGT.
- f) Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi

2) Penatalaksanaan Medis

- 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)

Penatalaksanaan Khusus

- a) Atasi kejang (antikonvulsan)
- b) Atasi tekanan intracranial yang meninggi 9 manitol, gliserol, furosemide, intubasi, steroid dll)
- c) Atasi dekompresi (kraniotomi)
- d) Untuk penatalaksanaan faktor resiko
 - (1) Atasi hipertensi (anti hipertensi)
 - (2) Atasi hiperglikemia (anti hiperglikemia)
 - (3) Atasi hiperurisemia (anti hiperurisemia)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang untuk pasien CVA infark (anonime,2022) :

1) CT Scan

Diagnosis stroke 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 perdarahanakan menjadi hipodens (terlihat lebih gelap dari jaringan normal). Pada stroke iskemik, zona hipodensyang berbatas tegas muncul. Namun selama beberapa jam pertama terutama pada 6 jam pertama, stroke iskemik mungkin tidak akan tampak pada CT scan. Oleh sebab itu pada kasus yang

dicurigai stroke iskemik pada jam-jam awal kejadian sebaiknya dilakukan pemeriksaan MRI.

2) MRI scan

MRI scan adalah metode pencitraan otak pilihan pada stroke karena lebih sensitif dalam mendeteksi iskemia dini dan memungkinkan untuk membedakan antara iskemia lama dan baru.

3) Ultrasonografi dupleks karotis

Stenosis arteri karotis dapat menyebabkan stroke. Hal ini sering dicurigai ketika pasien datang dengan gejala yang menunjukkan oklusi arteri serebral tengah atau anterior. Cara paling umum untuk mendiagnosis stenosis karotis adalah menggunakan ultrasonografi dupleks karotid, yang merupakan prosedur yang dapat ditoleransi dengan baik dan non-invasif. Angiografi resonansi magnetik dan angiografi CT juga dapat digunakan dalam skrining dan penilaian stenosis karotis.

4) Pemeriksaan Tambahan

Selain pemeriksaan umum yang meliputi tekanan darah, elektrokardiogram (EKG), urea dan elektrolit, glukosa darah, kolesterol, hitung darah lengkap, tingkat sedimentasi eritrosit, fungsi tiroid dan penanda inflamasi, dan lainnya disesuaikan kondisi spesifik setiap pasien.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Metode yang konsepnya diterapkan dalam praktik keperawatan merupakan proses asuhan keperawatan. Metode ini juga dikatakan dalam pendekatan untuk memecahkan sebuah masalah (problem-solving) dengan memerlukan ilmu, teknik/ keterampilan seseorang dengan tujuan memenuhi kebutuhan klien, keluarga, serta

masyarakat. Terdapat 5 tahap dalam proses keperawatan yang saling berhubungan, meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi, dalam pembuatan asuhan keperawatan tahap ini berintegrasi pada fungsi intelektual problem-solving (Nursalam, dalam Kusyani, 2022).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan metode mengumpulkan data relevan dengan continue terhadap respon manusia, kekuatan serta masalah pasien (Dermawan, dalam Kusyani, 2022).

1) Identitas

Meliputi nama, umur, jenis kelamin alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnostik medis, dan rentang usia stroke di atas 50 tahun.

2) Keluhan utama

Pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan dari, pada pasien *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* biasanya masalah gangguan motori kelemahan anggota gerak sebelah badan, sulit komunikasi, nyeri kepala, bicara pelo, gangguan sensor motorik, kejang dan gangguan kesadaran (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).

3) Riwayat penyakit sekarang

CVA infark biasanya terdapat serangan awal terlebih dahulu dengan tidak disadari pasien, biasanya di temukan gejala awal yaitu sering kesemutan, anggota gerak merasa lemas, terdapat nyeri kepala, mual, muntah, serta kejang sampai tidak sadar (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).

4) Riwayat penyakit dahulu

Terdapat riwayat hipertensi, riwayat *CVA* sebelumnya, DM, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).

5) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat yang terdapat pada keluarga biasanya terdapat riwayat keluarga yang menderita *Hipertensi*, *DM*, atau riwayat *CVA* dari generasi terdahulu. (Muttaqin, dalam Kusyani, 2022).

6) Riwayat psikososial

Biasanya pada penderita *CVA* sangatlah mahal meliputi biaya untuk pemeriksaan, pengobatan, serta perawatan yang bisa mengacaukan keuangan keluarga yang mengakibatkan setabilitas emosi terhadap klien dan keluarga (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).

7) Pemeriksaan Pola kesehatan (Turwoto, dalam Kusyani, 2022) :

a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Biasanya terdapat riwayat perokok, pengguna alkohol, penggunaan obat kontrasepsi oral.

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Terdapat kesulitan menelan, nafsu makan menurun, terdapat mual muntah pada fase akut.

c) Pola eliminasi

Adanya konstipasi karena penurunan peristaltik usus yang merupakan pola defekasi, dan terdapat inkontinensia urine.

d) Pola aktivitas

Terdapat kelemahan, kehilangan sensori atau *paralise/hemiplegi*, beraktivitas.

e) Pola tidur

Terdapat kesusahan dalam beristirahat karena kejang dan nyeri otot.

f) Pola hubungan dan peran

Terdapat gangguan bicara sehingga klien mengalami kesukaran perhubungan. dalam peran.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Mudah marah, tidak kooperatif, dan merasa tidak ada harapan karena klien merasa tidak berdaya.

h) Pola sensori dan kognitif

Terdapat gangguan penglihatan/kekaburan pandang, sentuhan/perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, sedangkan terdapat penurunan memori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif,

i) Pola reproduksi

Akibat dari pengobatan stroke misal obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamin merupakan terjadinya penurunan pada gairah.

j) Pola penanggulangan stres

Gangguan proses berpikir, serta kesulitan berkomunikasi biasanya klien mengalami kesulitan tersebut.

k) Pola tata nilai dan kepercayaan.

Kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh akan menyebabkan klien jarang beribadah.

8) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum dengan klien stroke biasanya mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu kesulitan dalam bicara, bicara cadel/pelo, terjadi kelemahan tubuh di salah satu sisi. Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Muttaqin, 2008).

- a. Kepala : Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai, kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat.
- b. Muka : Umumnya pada muka tidak simetris (ketidak simetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis).
- c. Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun).
- d. Hidung: Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.
- e. Telinga : Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga).
- f. Mulut: Adanya gangguan pengecap (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.

9) Dada/Thorak

Pemeriksaan sistem pernafasan

- a) Inspeksi : Kesimetrisan bentuk dan pergerakan dada, terdapat pulsi jantung atau tidak.
- b) Palpasi : untuk menilai tactile fremitus
- c) Perkusi : untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor.
- d) Auskultasi : Pernafasan pada pasien CVA kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan.

Pemeriksaan jantung

- a) Inspeksi : iktus kardus tidak terlihat.
- b) Perkusi: pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak.
- c) Palpasi : tidak ada pembesaran hepar.
- d) Auskultasi: mengetahui suara jantung pertama (S1) terdengar bunyi “lub”, suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi “dub” dan suara jantung tambahan (S3 dan S4). Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung.

10) Abdomen

- a) Inspeksi : Kesimetrisan abdomen terdapat lesi atau edema.
- b) Auskultasi : Terdengar bising usus biasanya pada pasien CVA bising usus tidak normal.
- c) Perkusi ; Terdengar bunyi timpani..
- d) Palpsi: Tidak terdapat nyeri tekan pada 4 kuadran.

11) Genetalia : Biasanya pasien CVA terpasang kateter.

12) Ekstremitas :

a) Atas

CRT normal < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (Aksesorius) : pasien tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, saat siku ditekuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi reflek bicep (-). Sedangkan pada pemeriksaan refleksi Hoffman tromner jari tidak mengembang ketika diberi reflek Hoffman tromner (+).

b) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, pada saat pemeriksaan bluedzensky 1 kiri pasien 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 bawa biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi reflek Openheim (+) dan pada saat betis di remas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa reflek Gordon (+). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan reflek Patella (+).

13) Saraf kranial

a) *Nervus I (Olfaktorius)* : terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, terkadang ada yang dapat menyebutkan bau yang diberikan perawat, namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kana berbeda.

b) *Nervus II (Optikus)* : gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien

mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Biasanya lapang pandang klien baik 90°, visus 6/6.

- c) *Nervus III (Okulomotoris)* : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan *anisokor*, *palpebra* dan reflek kedib dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata.
- d) *Nervus IV (Toklearis)* : klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah.
- e) *Nerus V (Trigeminus)* : klien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada klien koma ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka klien menutup kelopak mata.
- f) *Nervus VI (Abdusen)* : klien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri.
- g) *Nervus VII (Fasialis)* : lidah bisa mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, bibir simetris dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin.
- h) *Nervus VIII (Vestibulococlearis)* : klien kurang dapat mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung pada dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.
- i) *Nervus IX (Glosofaringeus)* : *ovule* yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan, dan klien dapat merasakan asam urat.
- j) *Nervus X (Vagus)* : kemampuan klien tidak baik, kesukaran membuka mulut.

k) *Nervus XI (Asesorius)* : klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.

l) *Nervus XII (Hipoglossus)* : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

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, 2017). Berikut diagnosa keperawatan pada klien *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* menurut (PPNI, 2017) :

1) Perfusi Serebral tidak efektif (D.0017)

Definisi : Mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

Faktor Resiko :

- 1) Embolisme.
- 2) Hipertensi.
- 3) Cedera kepala.
- 4) Penyalahgunaan zat.

Kondisi Klinis :

- 1) Stroke.

2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

- 1) Gangguan muskulosekeletal.
- 2) Gangguan neuromaskular.
- 3) Kelemahan.
- 4) Gangguan psikologis dan/atau psikotik.
- 5) Penurunan motivasi minat.

Tabel 2. 1 Batasan Karakteristik Defisit Perawatan Diri

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Menolak melakukan perawatan diri	1. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian 2. Minat melakukan perawatan diri kurang
Minor	(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

(PPNI, 2017).

3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

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

Penyebab :

- 1) Ketidakmampuan menelan makanan.
- 2) Ketidakmampuan mencerna makanan.
- 3) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien.
- 4) Faktor ekonomi.
- 5) Faktor psikologis.

Kondisi Klinis

1) Stroke,

4) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

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

Penyebab :

- 1) Penurunan sirkulasi serebral.
- 2) Gangguan neuromaskuler.
- 3) Gangguan pendengaran.
- 4) Gangguan muskulusekelestial.
- 5) Kelainan platum.
- 6) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotirooidektomi).

Tabel 2. 2 Batasan Karakteristik Gangguan Komunikasi Verbal

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	<i>(tidak tersedia)</i>	1. Tidak mampu bicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai
Minor	<i>(tidak tersedia)</i>	1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Dislaksia 5. Disartria 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
-

(PPNI, 2017).

5) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040)

Penyebab :

- 1) Iritasi kandung kemih.
- 2) Penurunan kemampuan menyadari tanda – tanda gangguan.
- 3) Efek tindakan medis dan diagnostic.
- 4) Kelemahan otot pelvis.
- 5) Ketidakmampuan mengakses toilet.
- 6) Hambatan lingkungan.
- 7) Ketidakmampuan mengakses toilet.
- 8) Hambatan lingkungan.
- 9) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi.
- 10) Outlet kandung kemih tidak lengkap.

Tabel 2. 3 Batasan Karakteristik Gangguan Eliminasi Urin

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
------------------	-----------	----------

Mayor	1. Desakan berkemih (urhensi) 2. Urin menetes (dribbling) 3. Sering buang air kecil 4. Nokturia 5. Mengompol 6. Eurasia	1. Distensi kantung kemih 2. Berkemih tidak tuntas (hesitany) 3. Volume residu urin meningkat
Minor	(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

(PPNI, 2017).

6) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054).

Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebab :

- 1) Ketidakbugaran fisik.
- 2) Penurunan kekuatan otot.
- 3) Gangguan neuromuskular.
- 4) Nyeri.
- 5) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik.
- 6) Gangguan kognitif.
- 7) Gangguan sensori persepsi.

Tabel 2. 4 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Tampak kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun
Minor	1. Nyeri saat digerakkan 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak	1. Tampak sendi kaku 2. Gerak tidak terkoordinasi 3. Gerak terbatas 4. Fisik melemah

(PPNI, 2017).

2.2.3 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI	Rasional
1	Perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran mengikat (5) 2. Kognitif meningkat (5) 3. Sakit kepala langsung menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Cemas menurun (5) 6. Demam menurun (5) 7. Tekanan arteri rata-rata membaik (5) 8. Tekanan intra krania membaik (5) 9. Tekanan darah sistolik membaik (5) 10. Tekanan darah diastolik membaik (5) 11. Reflek saraf membaik (5)	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran) 3. Monitor MAP 4. Monitor CVP 5. Monitor PAP 6. Monitor ICP 7. Monitor gelombang ICP 8. Monitor status pernapasan 9. Monitor intake dan output 10. Monitor cairan serebro-spinalis (mis, warna, konsentrasi) Terapeutik 11. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 12. Berikan posisi semi fowler 13. Hindari penggunaan PEEP 14. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 15. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal 16. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan 18. Kolaborasi pemberian diuretik	1. Untuk identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) pasien 2. Untuk monitor tanda/gejala peningkatan TIK pasien 3. Untuk monitor MAP pasien 4. Untuk monitor CVP pasien 5. Untuk monitor PAP pasien 6. Untuk monitor ICP pasien 7. Untuk monitor gelombang ICP pasien 8. Untuk monitor status pernapasan pasien 9. Untuk monitor intake dan output pasien apakah seimbang atau tidak 10. Untuk monitor cairan serebro-spinalis pasien 11. Untuk minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang agar pasien nyaman 12. Memberikan posisi semi fowler 13. menghindari penggunaan PEEP 14. menghindari pemberian cairan IV hipotonik 15. Mengatur ventilator agar PaCO₂ pasien optimal 16. mempertahankan suhu tubuh pasien normal 17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan 18. Kolaborasi pemberian diuretik 19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja

19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja			
2	Defisit Perawatan Diri (D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat (L.11103) dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi Meningkat (5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian Meningkat (5) 3. Kemampuan makan Meningkat (5) 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) Meningkat (5) 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri Meningkat (5) 6. Minat melakukan perawatan diri Meningkat (5) 7. Mempertahankan kebersihan diri Meningkat (5) 8. Mempertahankan kebersihan mulut Meningkat (5)	Dukungan perawatan diri (I.11348) 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 lakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan
3	Risiko Defisit Nutrisi (D.0032)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan klien mampu memenuhi kebutuhan Status nutrisi membaik (L.03030) dengan kreteria hasil : 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5) 2. Kekuatan menelan meningkat (5) 3. Kekuatan mengunyah meningkat (5) 4. Berat badan membaik (5) 5. Indek masa tubuh membaik (5) 6. Nafsu makan membaik (5) 7. Bising usus membaik (5)	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
			1. Untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia pasien 2. Untuk monitor tingkat kemandirian pasien 3. Untuk mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan 4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik bagi pasien 5. Menyiapkan keperluan pribadi pasien agar mempermudah mendampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien agar terjadwal 10. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan
			1. Untuk mengetahui status nutrisi pasien 2. Untuk mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan pasien 3. Untuk mengidentifikasi makanan yang disukai pasien 4. Untuk mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien yang diperlukan klien 5. Untuk mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Untuk Monitor asupan makanan 7. Untuk Monitor berat badan

			Terapeutik 9. Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi <i>Edukasi</i> 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	8. Untuk monitor hasil pemeriksaan laboratorium 9. Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
4	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24jam diharapkan komunikasi verbal membaik L.13118 dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan bicara meningkat (5) 2. Kemampuan mendengar meningkat (5) 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (5) 4. Afasia menurun (5) 5. Disatria Menurun (5) 6. Respon prilaku membaik	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I13492) Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara	1. Untuk monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara pasien 2. Untuk monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara pada pasien 3. Untuk monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara pasien 4. Untuk mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

			4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi - Terapeutik 5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 8. Ulangi apa yang disampaikan pasien 9. Berikan dukungan psikologis 10. Gunakan juru bicara, jika perlu - Edukasi 11. Anjurkan berbicara perlahan 12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara - Kolaborasi 13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	5. Gunakan metode komunikasi alternatif dengan pasien 6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan dengan pasien 7. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 8. Ulangi apa yang disampaikan pasien 9. Memberikan dukungan psikologis pada pasien agar nyaman 10. Gunakan juru bicara 11. Anjurkan berbicara perlahan 12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara 13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
5	Gangguan eliminasi Urine (D.0040)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan Eliminasi urin klien membaik (L.04034) dengan kriteria hasil : 1. Sensasi berkemih Meningkat (5) 2. Desakan berkemih (urgensi) Menurun (5)	Manajemen Eliminasi Urin (I.04152) Observasi 1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin	1. Untuk mengidentifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine pasien 2. Untuk mengidentifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin pasien 3. Monitor eliminasi urin pada pasien

		3. Distensi kandung kemih Menurun (5) 4. Berkemih tidak tuntas (hesitancy) Menurun (5) 5. Volume residu urine Menurun (5) 6. Urin menetes (dribbling) Menurun (5) 7. Nokturia Menurun (5) 8. Mengompol Menurun (5) 9. Enuresis Menurun (5) 10. Disuria Menurun (5) 11. Anuria Menurun (5) 12. Frekuensi BAK Membaik (5) 13. Karakteristik urine Membaik (5)	3. Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna) Terapiutik 4. Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih 5. Batasi asupan cairan, jika perlu 6. Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur Edukasi 7. Ajarkan tanda gejala infeksi saluran kemih 8. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 9. Ajarkan mengambil spesimen urine midstream 10. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih 11. Ajarkan terapi modalitas, penguatan otot-otot panggul atau berkemih 12. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 13. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, Jika perlu	4. Mencatat waktu-waktu dan haluaran berkemih pasien pada beberapa jam 5. Membatasi asupan cairan, jika perlu 6. Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur 7. Ajarkan tanda gejala infeksi saluran kemih 8. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 9. Ajarkan mengambil spesimen urine midstream 10. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih 11. Ajarkan terapi modalitas, penguatan otot-otot panggul atau berkemih 12. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 13. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur 14. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, Jika perlu
6	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05024) dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat (5) 2. Kekuatan otot Meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) Meningkat (5) 4. Nyeri Menurun (5) 5. Cemas Menurun (5)	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien 2. Untuk mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan pasien 3. Untuk monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi pasien 4. Untuk monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu

6. Kaku sendi Menurun (5)	37	Terapeutik	6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu
7. Gerakan tidak terkoordinasi Menurun (5)		5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur)	7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
8. Gerakan terbatas Menu		6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu	8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
9. Kelemahan fisik Menur		7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
		Edukasi	10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan pasien dan bantu jika perlu
		8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	
		9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini	
		10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang akan dilakukan dari sebuah perencanaan, terdiri dari tindakan mandiri (independen), serta kolaborasi (dependen). Tindakan yang berasal dari keputusan diri sendiri merupakan tindakan mandiri, sedangkan tindakan yang dilakukan berdasarkan hasil keputusan bersama dengan profesi lain merupakan tindakan kolaborasi (Turwoto dalam Kusyanti, 2022).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Langkah terakhir dari metode asuhan keperawatan merupakan evaluasi yang bertujuan dari sejauh mana rencana keperawatan tercapai, dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang diamati dengan tujuan serta kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan. Melihat serta menilai kemampuan klien untuk mencapai tujuan, menentukan apakah tujuan asuhan keperawatan sudah tercapai/belum, mengkaji apa penyebab tujuan keperawatan belum tercapai merupakan tujuan dari evaluasi (Aditio, dalam Kusyanti, 2022).

Menurut (Hidayat, dalam Kusyanti, 2022) dalam mempermudah dalam pemantauan evaluasi keperawatan, biasanya menggunakan komponen SOAP yaitu :

- a) S (subjektif): Data subjektif dari keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien).

- b) (objektif): Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat seperti segala sesuatu yang dapat dilihat, dicitum, diraba, dan diukur oleh perawat.
- c) A (analisis): Kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.
- d) P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.