

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Pengertian CVA Infark

CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) merupakan penyakit atau gangguan fungsi saraf yang terjadi secara mendadak yang disebabkan oleh tergangungnya aliran darah dalam otak dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih (Astannudinsyah, Rusmegawati, and Negara 2020). Menurut World Health Organization (WHO) stroke merupakan gejala yang didefinisikan suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik baik fokal maupun global yang berlangsung 24 jam atau lebih (Permatasari 2020).

CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) infark merupakan penyakit yang terjadi ketika berhentinya pasukan darah yang menuju otak terganggu atau bahkan berkurang sehingga bisa mengakibatkan jaringan otak mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi. Penyakit ini dapat mengancam nyawa seseorang sehingga menyebabkan kecacatan yang permanen dalam otak. CVA (Anggraeni and Widada 2023).

2.1.2 Klasifikasi

Berdasarkan kronologis gejala klinisnya, CVA (Cerebral Vaskular Accident) Infark dapat dibagi menjadi empat jenis yaitu:

- 1) TIA (Transient Ischemic Attack) adalah gangguan fungsi otak yang bersifat lokal, timbul secara mendadak, dan akan pulih dalam 24 jam (Nuryuliani 2024).
- 2) Reversible neurological deficit (gangguan neurologis sementara) adalah gangguan fungsi otak yang terjadi lebih dari 24 jam dan akan menghilang dalam waktu 3 minggu.
- 3) Stroke involusi (stroke progresif) adalah gangguan fungsi otak berlangsung perlahan semakin lama semakin berat
- 4) Stroke komplit (stroke lengkap) adalah gangguan fungsi otak maksimal dan cenderung menetap sejak awal serangan dengan sedikit perbaikan.

Sedangkan berdasarkan keadaan patologis CVA (Cerebral Vascular Accident) atau stroke infark dapat diklasifikasikan menjadi :

- 1) Stroke trombosis adalah pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.

- 2) Stroke emboli adalah benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pada pembuluh darah otak.
- 3) Hipoperfusi sistemik disebabkan menurunnya tekanan arteri.
- 4) Stroke akibat penyempitan lumen arteri yang terjadi karena infeksi atau proses peradangan, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2.1.3 Etiologi

Menurut (Muttaqin 2014) penyebab CVA infark adalah sebagai berikut:

1) Trombosis serebri

Terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Terjadi karena penurunan aktivitas simpatik dan penurunan tekanan darah. Trombosis serebri ini disebabkan karena adanya:

- a) Aterosklerosis: mengerasnya atau berkurangnya kelenturan dan elastisitas dinding pembuluh darah.
- b) Hiperkoagulasi: darah yang bertambah kental yang akan menyebabkan viskositas hematokrit meningkat sehingga dapat melambatkan aliran darah serebral.

- c) Arteritis: radang pada arteri.

2) Emboli

Dapat terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Biasanya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebri. Keadaan-keadaan yang dapat menimbulkan emboli adalah sebagai berikut:

- a) Penyakit jantung, reumatik.
- b) Infark miokardium.
- c) Endokarditis: menyebabkan gangguan pada endokardium.

2.1.4 Faktor Resiko

Faktor resiko CVA menurut (Tarwoto, 2020) adalah suatu faktor atau kondisi tertentu yang yang membuat seseorang rentan terhadap serangan CVA. Faktor risiko yang memicu tingginya angka kejadian stroke iskemik adalah faktor yang tidak dapat dimodifikasi (non-modifiable risk factors) (Kabi, Tumewah, and Kembuan 2015), sebagai berikut :

- a) Umur : makin tua kejadian CVA infark semakin tinggi.
- b) Ras / suku bangsa : bangsa afrika / negro, jepang, dan cina lebih sering terkena CVA. Orang yang berwatak keras terbiasa cepat atau buru-buru, seperti orang Sumatera, Sulawesi, dan Madura

rentan terserang CVA.

- c) Jenis kelamin : laki-laki lebih beresiko dibanding Wanita.
- d) Riwayat Transient Ischemic Attack (keluarga, orang tua) yang pernah mengalami CVA pada usia muda maka yang bersangkutan beresiko tinggi terkena CVA.

Sedangkan faktor yang dapat dimodifikasi (modifiable risk factors) adalah sebagai berikut:

- (a) Hipertensi
- (b) Diabetes melitus/kencing manis
- (c) Transit ischemic attack (TIA) = serangan lumpuh sementara
- (d) Fibrilasi atrial jantung
- (e) Pasca CVA. Mereka yang pernah terserang CVA.
- (f) Abnormalitas lemak : lipoprotein
- (g) Fibrinogen tinggi dan perubahan hemoreologikal lain
- (h) Perokok (utamanya rokok sigaret)
- (i) Peminum alkohol
- (j) Hiperhomocysteinemia
- (k) Infeksi : virus dan bakteri
- (l) Obat – obatan, misalnya obat kontrasepsi oral/pil KB

- (m) Obesitas / kegemukan
- (n) Kurang aktifitas fisik
- (o) Hiperkolesterolemia
- (p) Stres fisik dan mental

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Tarwoto (2013), manifestasi CVA tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada CVA akut gejala klinis meliputi :

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak.

Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Klien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

- 2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.

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

3) Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma), peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30 mmhg), peningkatan suhu ($> 37^{\circ}\text{C}$), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

4) Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami bahasa.

Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area Wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensorik pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren. Pada

afasia global pasien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

5) Disartria (bicara cadel atau pelo)

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

6) Gangguan penglihatan, diplopia

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

7) Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus kranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esofagus.

8) Inkontinensia

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi, hal ini dikarenakan terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

9) Vertigo, mual, muntah dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

2.1.6 Komplikasi

Stroke dapat menyebabkan kecacatan sementara bahkan permanen, tergantung berapa lama otak kekurangan aliran darah dan bagian mana yang terdampak. Berikut merupakan komplikasi penyakit stroke diantaranya menurut (Haryono and Utami 2019) (Haryono & Utami, 2019):

a) Kelumpuhan atau hilangnya gerakan otot

Klien stroke bisa menjadi lumpuh disatu sisi tubuh atau kehilangan kendali atas otot-otot tertentu, seperti otot-otot disatu sisi wajah atau bagian tubuh lain.

b) Kesulitan berbicara atau menelan

Stroke dapat memengaruhi kontrol otot-otot dimulut dan tenggorokan, sehingga sulit bagi penderitanya untuk berbicara dengan jelas (disatria), menelan (disfagia) atau makan, kesulitan dengan bahasa (afasia), termasuk berbicara atau memahami ucapan, membaca atau menulis.

c) Kehilangan memori atau kesulitan berfikir

Banyak penderita stroke yang mengalami kehilangan ingatan, selain itu penderita stroke juga mengalami kesulitan berfikir, membuat penilaian dan memahami konsep.

d) Masalah emosional orang-orang yang mengalami stroke lebih sulit mengendalikan emosi mereka atau mungkin mereka mengalami depresi.

e) Rasa sakit

Nyeri, mati rasa atau sensasi aneh lainnya dapat terjadi dibagian tubuh yang terkena stroke. Misalnya stroke dapat menyebabkan seseorang mati rasa dibagian lengan kirinya, sehingga penderita tersebut mengembangkan sensasi kesemutan yang tidak nyaman di lengan itu.

f) Sensitive terhadap perubahan suhu, terutama dingin ekstrem

Komplikasi ini dikenal sebagai nyeri stroke sentral atau sindrom nyerisentral. Kondisi ini umumnya berkembang beberapa minggu setelah stroke dan dapat meningkat seiring waktu.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (humas.yankes.kemkes 2024), dilakukan beberapa pemeriksaan sebagai berikut:

a) Computed Tomography Scanning (CT scan)

Memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma. adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.

b) Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya di dapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

c) Electrocardiograph (ECG)

Menunjukkan grafik detak jantung untuk mendeteksi penyakit jantung yang dapat menyebabkan stroke dan tekanan darah tinggi.

d) Electroencephalogram (EEG)

Melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

e) Angiogram

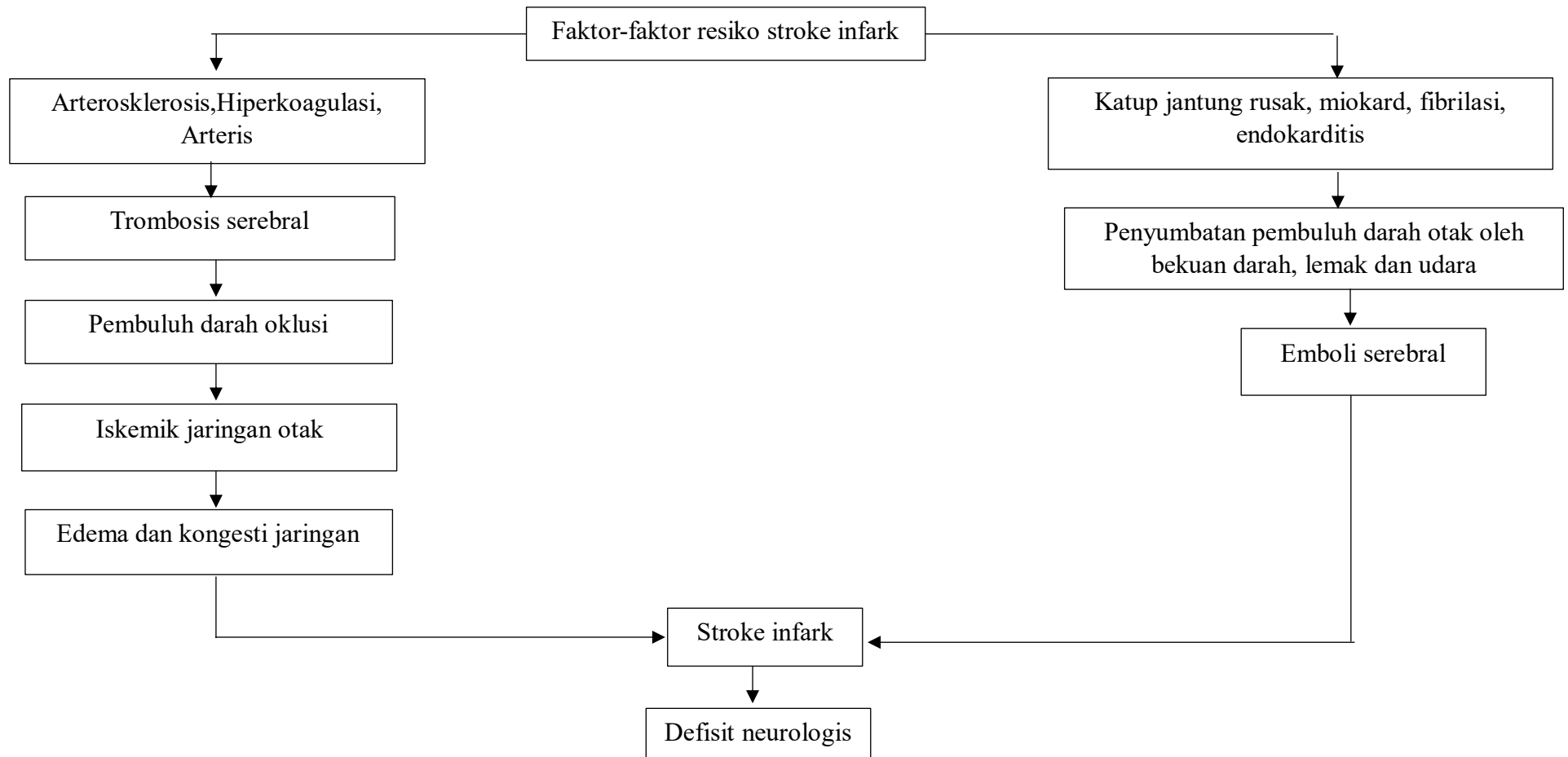
Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler.

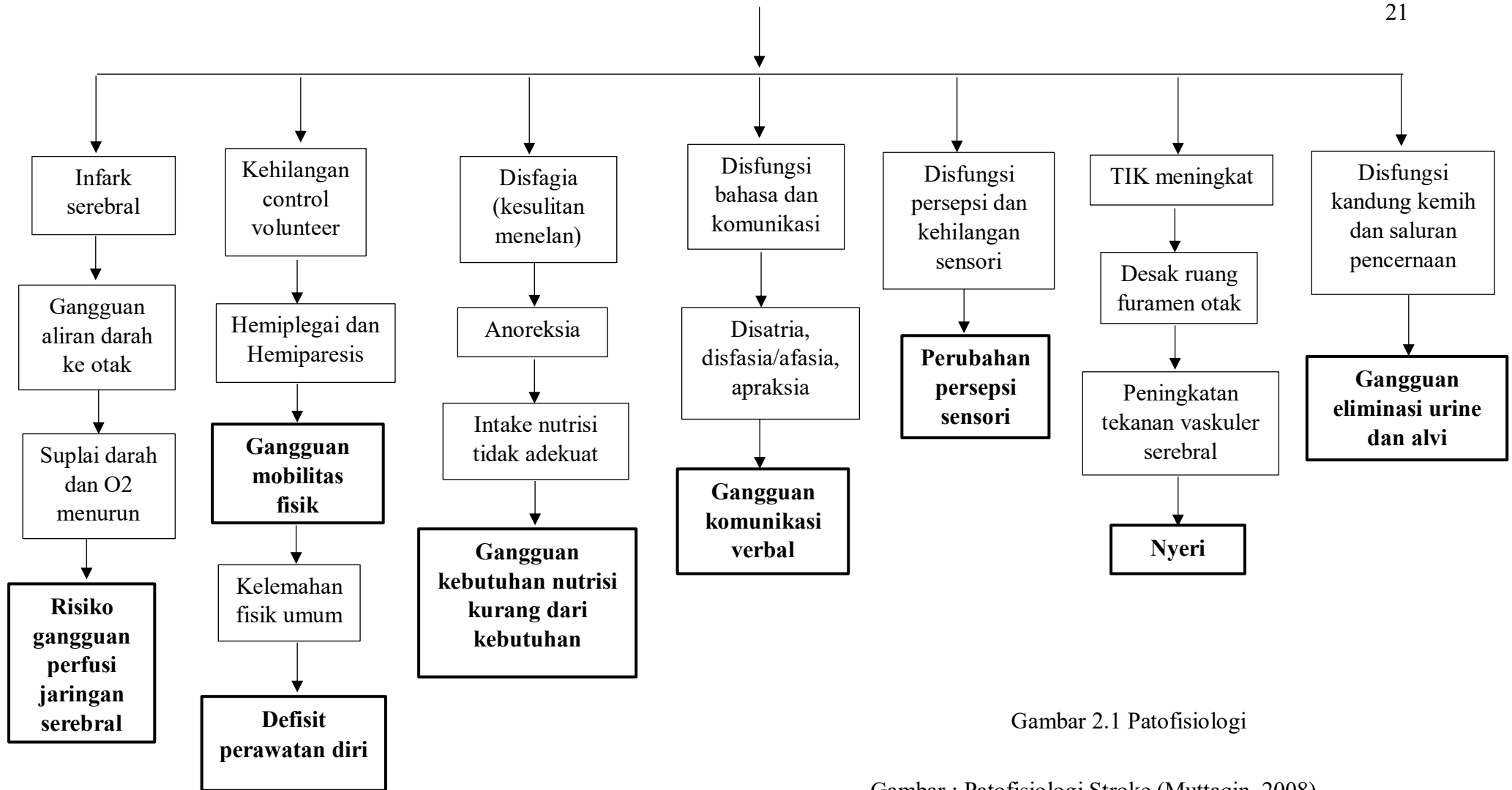
f) Sinar x tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang meluas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral, klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subaraknoid.

2.1.8 Patofisiologi

1) Skema





Gambar 2.1 Patofisiologi

Gambar : Patofisiologi Stroke (Muttaqin, 2008)

2) Uraian

Faktor-faktor penyebab terjadinya stroke diantaranya dapat berasal dari plak arterosklerosis akibat pola hidup yang tidak sehat seperti mengonsumsi makanan yang mengandung kolesterol atau tinggi lemak yang lama kelamaan menebal pada dinding pembuluh darah yang berakibat tersumbatnya aliran darah dipembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah), edema dan kongesti jaringan disekitar area. Emboli disebabkan karena adanya udara, lemak ataupun bekuan darah yang terbawa oleh aliran darah dan berakibat penyumbatan pada pembuluh darah di otak. Kedua faktor tersebut dapat menimbulkan defisit neurologis (saraf-saraf) di otak, diantaranya infark serebral yang 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.

Pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan kontrol volunter atau kelemahan otot-otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tubuh tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan ataupun kaki. Jika terjadi kelemahan fisik total akan menimbulkan masalah deficit perawatan diri, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity of Daily Living). Kelemahan control otot fasial / wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan bahasa, disfasia/ afasia, disartria (kehilangan kemampuan bicara) sehingga muncul masalah kerusakan komunikasi verbal. Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap

perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan gangguan perubahan persepsi sensori.

Pada saluran pencernaan atas 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 sfingter sehingga menimbulkan masalah gangguan eliminasi urin

2.1.9 Penatalaksanaan

Menurut Tarwoto, 2020) secara umum :

- 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, klien CVA mengalami gangguan aliran darah ke otak, sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan nafas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisis gas darah atau oksimetri.
 - c) Penatalaksanaan peningkatan tekanan intracranial, peningkatantekanan intracranial biasanya disebabkan

karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, control atau pengendalian tekanan darah.

- d) Monitor fungsi pernafasan : 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 lambung dan pemberian makanan
- i) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan anti koagulan
- j) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, fungsisensorik dan motorik, nervus cranial dan refleks.

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) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

3) Terapi obat-obatan dapat dilakukan dengan:

- 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 klien dengan hipertensi

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan CVA Infark

2.2.1 Pengkajian

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

1) Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan kegiatan mengumpulkan informasi mengenai status kesehatan klien yang menyeluruh mulai dari keadaan fisik, psikologis, sosial budaya, spiritual, kognitif, tingkat perkembangan, status ekonomi, kemampuan fungsi dan gaya hidup klien (Vonny polopadang 2019)

a) Identitas klien

Pengkajian identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama,

suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor, register, serta diagnosa medis (Tarwoto 2013).

b) Keluhan utama

Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien untuk memita pertolongan kesehatan adalah terjadinya kelemahan anggota gerak di salah satu sisi tubuh secara mendadak, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensori dan gangguan kesadaran (Muttaqin 2019).

c) Riwayat penyakit sekarang

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

d) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat CVA sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan , aspirin, vasodilator, obat- obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan klien seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia,

penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan (Muttaqin, 2019)

e) Riwayat penyakit keluarga

Adanya riwayat hipertensi pada keluarga, riwayat terjadinya stroke pada keluarga, komposisi keluarga, lingkungan rumah dan komunitas, kultur dan kepercayaan, fungsi dan hubungan keluarga perilaku yang dapat mempengaruhi kesehatan, persepsi keluarga tentang penyakit klien dan apakah ada anggota keluarga lain yang mengidap penyakit menular (Muttaqin 2008).

f) Pola psikososial

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, 2008).

g) Pola nutrisi

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut (Muttaqin 2008).

h) Pola eliminasi

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

i) Pola aktivitas

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise / hemiplegi, mudah lelah (Batmomolin 2024).

j) Pola istirahat

Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot (Batmomolin 2024).

k) Riwayat psikososial

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, 2008).

2) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan Umum : Klien CVA umumnya akan mengalami kelemahan (letargi), nyeri kepala (chealgia), penurunan kesadaran (apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma), terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20 – 30 mmhg), peningkatan suhu (> 37°C), nadi takikardia, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Muttaqin, 2008).
- b) Tanda-tanda vital : Tekanan darah meningkat, denyut nadi tidak beraturan, pada beberapa kasus sering dijumpai adanya masalah bersihan jalan nafas adanya sistem pernafasan dan tidak terdapat kenaikan suhu tubuh (Tarwoto 2013).
- c) Pemeriksaan integumen : Apabila klien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Perlu juga dikaji adanya tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus

bedrest selama 2-3 minggu. Selain itu terjadi adanya kelumpuhan anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis). Klien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga klien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi. (Tarwoto 2013).

d) Pemeriksaan kepala dan leher :

(1) Kepala : Mengetahui bagaimana penyebaran rambut, alopesia, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma, yang dapat diindikasikan adanya trauma kepala. Biasanya terdapat nyeri kepala dan vertigo yang terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri. (Tarwoto 2013).

(2) Wajah : Terdapat hemiparesis hemiplegia, wajah mencong ke arah salah satu sisi, wajah pucat. Biasanya tidak terdapat nyeri tekan (Tarwoto 2013)

(3) Mata : Klien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Ketajaman penglihatan (visus) pada mata menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis (Muttaqin, 2019).

(4) Hidung : Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi klien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung. (Muttaqin, 2019)

(5) Telinga : Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga). (Muttaqin, 2019)

(6) Mulut : Adanya gangguan pengecapan (lidah), Disfagia (adanya kesulitan dalam menelan) dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir. (Muttaqin, 2019)

(7) Leher : Kaku kuduk jarang terjadi, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat pembesaran tyroid, tidak terdapat pe,besaran vena jugularis adanya pembesaran kelenjar tyroid (Tarwoto 2013).

e) Pemeriksaan dada/thoraks

(1) Paru-Paru

Pada inspeksi bentuk thoraks biasanya normal atau adalah kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung). Palpasi didapatkan vocal fremitus (getaran) sama di lapang paru kanan.

Perkusi paru-paru biasanya bunyi normal (sonor). Auskultasi trakea suara yang didengar adalah bronchial, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah bronkovesikuler, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Tarwoto 2013).

(2) Jantung

Pada inspeksi jantung bentuk simetris, pergerakan dinding dada simetris kanan dan kiri, tidak ada bekas luka, tidak terdapat pulpasi. Jantung biasanya teraba ictus cordis teraba ICS V midclavícula sebelah kiri selebar 1 cm. Suara jantung pada pasien saat dilakukan perkusi biasanya normal (pekak). Auskultasi 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 (Tarwoto 2013).

- f) Pemeriksaan abdomen : Pada saat dilakukan inspeksi normal perut datar, tidak ada bayangan pembuluh darah, tidak ada benjolan pada abdomen. Auskultasi terjadi penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama. Perkusi terdengar suara tympani, dan palpasi tidak terdapat benjolani dan tidak ada nyeri tekan (Tarwoto 2013)
- g) Pemeriksaan genetalia : Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doenges 2018).
- h) Pemeriksaan ekstremitas : Pada klien dengan CVA biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiprase, mengalami kelemahan otot secara mendadak. (Tarwoto 2013).
- i) Pemeriksaan neurologis
 Ada 12 saraf kranial, diantaranya adalah :
 - (1) Saraf Kranial 1 Olfaktorius : biasanya pada klien CVA tidak ada kelainan pada fungsi penciuman (Muttaqin, 2008).
 - (2) Saraf Kranial 2 Optikus : kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang (Muttaqin, 2008)
 - (3) Nervus 3 Okulomotorius : kelainan berupa

paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar (Muttaqin, 2008).

(4) Nervus 4 Troklearis : kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial (Muttaqin, 2008).

(5) Nervus 5 Trigeminus : untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus (Muttaqin, 2008).

(6) Nervus 6 Abdusen : kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika klien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, etika klien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior (Muttaqin, 2008).

(7) Nervus 7 Fasialis : 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) (Muttaqin, 2008).

(8) Nervus 8 Vestibularis : kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo) (Muttaqin, 2008).

(9) Nervus 9 Glosfaringikus dan nervus 10 vagus : gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosfaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian (Muttaqin, 2008).

(10) Gangguan nervus vagus menyebabkan persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru (Muttaqin, 2008).

(11) Nervus 11 Assesorius : gangguan pada nervus assesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapezius) dan otot leher (otot sterokleidomastoideus). Klien akan menderita

bahuyang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot trapeziuz dan otot sterokleidomastoideus terganggu (Muttaqin, 2008).

(12) Nervus 12 Hipoglosus : kerusakan nervus hipoglosus 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 nnervus hipoglosus klien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidahh akan membelokke arah sisi yang sakit saat dijulurkan. Saat istirahat lidah membelokk ke sisi yang sehat di dalam mulut (Muttaqin, 2008).

j) Pemeriksaan reflek

Pada fase reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari reflek fisiologis

akan muncul kembali didahului dengan refleksi patologis (Muttaqin 2008).

k) Pemeriksaan penunjang

(1) Hasil rontgen kepala dan medula spinalis

(2) Electro encephalogram

(3) Magnetic Resonance Imaging (MRI) : untuk menunjukkan area yang mengalami hemoragik (Marilyn E. Doenges, 2000)

(4) Lumbal fungsi : Pemeriksaan likuor yang merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang pasif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal sewaktu hari pertama.

(5) Pemeriksaan foto thorak : dapat memeprihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensikronis pada penderita CVA.

(6) Pemeriksaan kimia darah : pada CVA akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur – angsur turun kembali.

2.2.2 Diagnosa

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap pengalaman ataupun respon terhadap individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan atau risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (Lubis 2020). Berikut diagnosa keperawatan pada klien CVA :

1) Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)

Faktor risiko :

- (1) Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin
- (2) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- (3) Aterosklerosis
- (4) Diseksi arteri
- (5) Fibrilasi atrium
- (6) Tumor otak
- (7) Stenosis karotis
- (8) Miksoma atrium
- (9) Aneurisma serebri
- (10) Koagulopati (mis. anemia sel sabit)
- (11) Dilatasi kardiomiopati
- (12) Koagulasi intravaskuler diseminata
- (13) Embolisme

- (14) Cedera kepala
- (15) Hiperkolesteronemia
- (16) Hipertensi
- (17) Endokarditis infeksi
- (18) Katup prostetik mekanis
- (19) Stenosis mitral
- (20) Neoplasma otak
- (21) Infark miokard akut
- (22) Sindrom *sick sinus*
- (23) Penyalahgunaan zat
- (24) Terapi trombolitik
- (25) Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass)

2) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

a) Penyebab :

- (1) Kerusakan integritas struktur tulang
- (2) Perubahan metabolisme
- (3) Ketidakbugaran fisik
- (4) Penurunan kendali otot
- (5) Penurunan massa otot
- (6) Penurunan kekuatan otot
- (7) Keterlambatan perkembangan
- (8) Kekakuan sendi

- (9) Kontraktur
- (10) Malnutrisi
- (11) Gangguan muskolasketal
- (12) Gangguan neuromaskular
- (13) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75 sesuai usia
- (14) Efek agen farmakologis
- (15) Program pembatasan Gerak
- (16) Nyeri
- (17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- (18) Kecemasan
- (19) Gangguan kognitif
- (20) Keengganan melakukan pergerakan
- (21) Gangguan sensori presepsi

b) Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif :

- (1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif :

- (1) Kekuatan otot menurun
- (2) Rentang gerak (ROM) menurun.

c) Gejala dan Tanda Minor:

Subjektif :

- (1) Nyeri saat bergerak
- (2) Enggan melakukan pergerakan
- (3) Merasa cemas saat bergerak

Objektif :

- (1) Sendi kaku
- (2) Gerakan tidak terkoordinasi
- (3) Gerakan terbatas
- (4) Fisik lemah

3) Gangguan persepsi sensori (D.0085)

a) Penyebab :

- (1) Gangguan penglihatan
- (2) Gangguan pendengaran
- (3) Gangguan penghiduan
- (4) Gangguan perabaan
- (5) Hipoksia serebral
- (6) Penyalahgunaan zat
- (7) Usia lanjut
- (8) Pemajanan toksin lingkungan

b) Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif :

- (1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
- (2) Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan.

Objektif :

- (1) Distorsi sensori
- (2) Respon tidak sesuai

- (3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu.

c) Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif :

- (1) Menyatakan kesal

Objektif :

- (1) Menyendiri
- (2) Melamun
- (3) Konsentrasi buruk
- (4) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
- (5) Curiga
- (6) Melihat ke satu arah
- (7) Mondar-mandir
- (8) Bicara sendiri

4) Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

a) Penyebab :

- (1) Penurunan sirkulasi serebral
- (2) Gangguan neuromuskuler
- (3) Gangguan pendengaran
- (4) Gangguan muskuloskeletal
- (5) Kelaian pelatum
- (6) Hambatan fisik (mis. terpasang trkheostomi, intubasi, krikotirodektomi)

(7) Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)

(8) Hambatan psikiologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)

(9) Hambatan lingkungan (mis. Ketidacukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : (Tidak tersedia)

Objektif :

(1) Tidak mampu berbicara atau mendengar

(2) Menunjukkan respon tidak sesuai

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : (Tidak tersedia)

Objektif :

(1) Afasia

(2) Disfasia

(3) Apraksia

(4) Disleksia

(5) Disartia

(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 atau tubuh
- (15) Sulit menyusun kalimat
- (16) Verbalisasi tidak tepat
- (17) Sulit mengungkapkan kata-kata
- (18) Disorientasi orang, ruang, waktu
- (19) Defisit penglihatan
- (20) Delusi

5) Risiko defisit nutrisi (D.0032)

a) Faktor risiko :

- (1) Ketidakmampuan menelan makanan
- (2) Ketidakmampuan mencerna makanan
- (3) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi
- (4) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- (5) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
- (6) Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)

6) Gangguan eliminasi urine (D.0040)

a) Penyebab :

- (1) Penurunan kapasitas kandung kemih
- (2) Iritasi kandung kemih
- (3) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
- (4) Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. operasi ginjal, operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan)
- (5) Kelemahan otot pelvis
- (6) Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. imobilisasi)
- (7) Hambatan lingkungan
- (8) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- (9) Outlet kandung kemih tidak lengkap (mis. anomali saluran kemih kongenital)
- (10) Imaturitas (pada anak usia < 3 tahun).

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif :

- (1) Desakan berkemih (Urgensi)
- (2) Urin menetes (dribbling)
- (3) Sering buang air kecil

(4) Nokturia

(5) Mengompol

(6) Enuresis

Objektif :

(1) Distensi kandung kemih

(2) Berkemih tidak tuntas (*hesitancy*)

(3) Volume residu urin meningkat

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : (Tidak tersedia)

Objektif : (Tidak tersedia)

7) Defisit perawatan diri (D. 0109)

a) Penyebab :

(1) Gangguan muskuloskeletal

(2) Gangguan neuromuskuler

(3) Kelemahan

(4) Gangguan psikologis dan/atau psikotik

(5) Penurunan motivasi/minat

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif :

(1) Menolak melakukan perawatan diri

Objektif :

(1) Tidak mampu mandi/mengenakan

pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri

(2) Minat melakukan perawatan diri kurang

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : (Tidak tersedia)

Objektif : (Tidak tersedia)

8) Gangguan integritas kulit (D. 0192)

a) Penyebab :

(1) Perubahan sirkulasi

(2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)

(3) Kekurangan/kelebihan volume cairan

(4) Penurunan mobilitas

(5) Bahan kimia iritatif

(6) Suhu lingkungan yang ekstrem

(7) Faktor mekanis (mis. penakanaan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)

(8) Efek samping terapi radiasi

(9) Kelembaban

(10) Proses penuaan

(11) Neuropati perifer

(12) Perubahan pigmentasi

(13) Perubahan hormonal

(14) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan)

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : (Tidak tersedia)

Objektif :

(1) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : (Tidak tersedia)

Objektif :

(1) Nyeri

(2) Perdarahan

(3) Kemerahan

(4) Hematoma

9) Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001)

a) Penyebab

(1) Spasme jalan napas

(2) Hipersekresi jalan napas

(3) Disfungsi neuromuskuler

(4) Benda asing dalam jalan napas

(5) Adanya jalan napas buatan

(6) Sekresi yang tertahan

(7) Hiperpiasia dinding jalan napas

(8) Proses infeksi

(9) Respon alergi

(10) Efek agen farmakologis (mis. anastesi)

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : (Tidak tersedia)

Objektif :

(1) Batuk tidak efektif

(2) Tidak mampu batuk

(3) Sputum berlebih

(4) Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering

(5) Mekonium di jalan napas (pada neonatus)

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif :

(1) Dispnea

(2) Sulit berbicara

(3) Ortopnea

Objektif :

(1) Gelisah

(2) Sianosis

(3) Bunyi napas menurun

(4) Frekuensi napas berubah

(5) Pola napas berubah

2.2.3 Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan suatu perawatan yang dilakukan perawat berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan perawat untuk meningkatkan outcome klien/klien. Rencana keperawatan merupakan rencana tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan, hasil, tindakan, dan kemajuan klien (S. D. Sari 2019).

Kriteria Hasil :

NO.	Diagnosa Keperaw	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam, perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: SLKI: Perfusi serebral (L.02014) 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan arteri rata-rata (mean arterial pressure/ MAP) membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Tindakan Observasi : 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (mean arterial pressure) 4. Monitor status pernapasan 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) Terapeutik : 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan	Tindakan Observasi : 1. Untuk mengetahui peningkatan TIK 2. Untuk mengetahui frekuensi jantung 3. Untuk mengetahui irama nafas 4. Untuk menentukan perkembangan penyakit Terapeutik : 1. Untuk memastikan sistem pemantauan steril

		5. Tekanan intra kranial membaik	lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler 3. Hindari manuver valsava 4. Cegah terjadinya kejang 5. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	2. Untuk mencegah timbulnya tekanan vena jugularis dan menghambat aliran darah otak 3. Agar dapat memantau kondisi klien secara berkala 4. Agar dapat melakukan perencanaan tindakan asuhan keperawatan selanjutnya Edukasi : 1. Meningkatkan kerja sama dalam meningkatkan perawatan klien dan mengurangi kecemasan. 2. Supaya klien dan keluarga klien mengetahui tentang perkembangan dan pengobatan yang dilakukan.
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparese/	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam, maka	Dukungan Mobilisasi (I.05173)	Tindakan Observasi :

	Hemiplegia (D.0054) mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: SLKI : Mobilitas fisik (L.05042) 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kaku sendi menurun 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8. Gerakan terbatas menurun 9. Kelemahan fisik menurun	Tindakan 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 Terapeutik : 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi :	1. Untuk mengetahui letak nyeri 2. Supaya klien bisa melakukan pergerakan 3. Supaya klien tahu tekanan darah normal pada saat melakukan mobilisasi 4. Supaya klien tahu kondisi umum selama mobilisasi Terapeutik : 1. Supaya klien bisa bergerak sedikit demi sedikit 2. Supaya klien bergerak ada batasan 3. Supaya keluarga dapat membantu pergerakan klien Edukasi : 1. Supaya klien dan keluarga klien mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi
--	---	--	--

			1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	2. Untuk melatih klien mobilisasi 3. Supaya klien mengetahui mobilisasi ringan
3.	Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan penerimaan sensori (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam, maka persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil: SLKI : Proses pengasuhan (L.13124) 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Distorsi sensori menurun 3. Perilaku halusinasi menurun 4. Respons sesuai stimulus membaik	Minimalisasi Rangsangan (I.08241) Tindakan : Observasi : 1. Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan) Terapeutik : 1. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang) 2. Batasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas)	Tindakan : Observasi : 1. Untuk mengetahui status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan klien Terapeutik : 1. Untuk mengetahui tingkat toleransi terhadap beban sensori 2. mempertahankan stimulus lingkungan yang normal untuk siang-malam hari

			3. Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat 4. Kombinasikan prosedur/Tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan Edukasi: 1. Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus	3. Agar aktivitas dan waktu istirahat klien terjadwal 4. Untuk mengetahui prosedur dan tindakan dalam satu waktu Edukasi : 1. Agar klien mengetahui cara meminimalisasi stimulus Kolaborasi : 1. Membantu proses penyembuhan
4.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119)	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam, maka komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil: SLKI : Komunikasi verbal (L.13118)	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492) Tindakan : Observasi : 1. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang	Tindakan : Observasi : 1. Untuk mengetahui proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang

		1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 4. Kontak mata meningkat 5. Afasia menurun 6. Disfasia menurun 7. Apraksia menurun 8. Disleksia menurun 9. Disatria menurun 10. Afonia menurun 11. Dislalia menurun 12. Pelo menurun 13. Gagap menurun 14. Respon perilaku membaik 15. Pemahaman komunikasi membaik	berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa) 2. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik : 1. Ulangi apa yang disampaikan klien 2. Berikan dukungan psikologis 3. Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi : 1. Anjurkan berbicara perlahan 2. Ajarkan klien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara Kolaborasi : 2. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	berkaitan dengan bicara 2. Untuk mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik : 1. Sebagai bentuk dukungan dan memperbaiki kesalahan 2. Untuk meningkatkan semangat dan kepercayaan diri klien 3. Untuk mempermudah komunikasi Edukasi : 1. Sebagai permulaan latihan dilakukan perlahan untuk mempermudah 2. Agar klien dan keluarga paham dan melakukan tindakan dengan benar Kolaborasi :
--	--	--	--	--

				1. Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganannya yang tepat.
5.	Resiko defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan otot mengunyah dan menelan (D.0032)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : SLKI : Status nutrisi (L.03030) 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik	Manajemen Nutrisi (L.03119) Tindakan : Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi makanan yang disukai 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik : 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan suplemen makanan, jika perlu 3. Hentikan pemberian makan melalui selang	Tindakan : Observasi : 1. Untuk mengetahui status nutrisi klien 2. Untuk menarik kemampuan atau keinginan makan klien 3. Untuk mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan klien 4. Untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan nutrisi klien 5. Untuk mengetahui ada tidaknya kelainan dalam hasil laboratorium Terapeutik : 1. Untuk menambah nafsumakan klien

			nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi : 1. Ajarkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	2. Untuk menambah stamina klien 3. Untuk menghindari adanya ketergantungan klien pada perawat Edukasi : 1. Untuk memudahkan klien makan 2. Agar klien memahami diet yang sedang dijalani saat ini Kolaborasi : 1. Untuk menentukan asupan kalori yang diperlukan dan untuk mempertahankan berat badan yang sudah ditentukan
6.	Gangguan eliminasi urin (inkontinensia fungsional) berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka eliminasi urine membaik dengan kriteria hasil : SLKI : Eliminasi urine (L.04034) 1. Pola BAK normal	Dukungan Perawatan Diri : BAB/BAK (L.11349) Tindakan : Observasi : 1. Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia 2. Monitor integritas kulit klien	Tindakan : Observasi : 1. Untuk mengetahui kebiasaan BAK/BAB sesuai usia 2. Untuk mengetahui adanya integritas kulit

	komunikas (D.0040)	2. Klien dapat berkomunikasi sebelum BAK 3. Kulit bersih dan kering 4. Terhindar dari infeksi saluran kemih	Terapeutik : 1. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi 2. Dukung penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara konsisten 3. Jaga privasi selama eliminasi 4. Ganti pakaian klien setelah eliminasi, jika perlu 5. Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan 6. Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu 7. Sediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal), jika perlu Edukasi : 1. Anjurkan BAK/BAB secara rutin 2. Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu	Terapeutik : 1. Untuk memudahkan klien eliminasi 2. Dukungan penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara teratur 3. Menjaga privasi klien 4. Mengganti pakaian klien 5. Membersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan 6. Melatih BAK/BAB, jika perlu 7. Menyediakan alat bantu seperti kateter eksternal, urinal, jika perlu Edukasi : 1. Menganjurkan klien BAK/BAB secara rutin 2. Menganjurkan klien ke kamar mandi/toilet, jika perlu
7.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka perawatan	Dukungan Perawatan Diri (I.11348)	Tindakan : Observasi :

	hemiparese/hem- iplegi (D.0109)	diri meningkat dengan kriteria hasil : SLKI : Perawatan Diri (L.11103) 1.Kemampuan mandi meningkat 2.Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3.Kemampuan makan meningkat 4.Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5.Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6.Minat melakukan perawatan diri meningkat	Tindakan : 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 : 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	1. Untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Untuk memonitor tingkat kemandirian 3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik : 1. Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 2. Menyiapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Untuk menghindari hal yang tidak diinginkan saat melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Memfasilitasi kemandirian klien
--	------------------------------------	---	---	--

			5. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi : 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 5. Menentukan jadwal rutinitas perawatan diri klien Edukasi : 1. Untuk melatih kemandirian klien dalam melakukan perawatan diri
8.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring yang lama (D.0192)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : SLKI : Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) 1. Kerusakan lapisan kulit menurun	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Tindakan : Observasi : 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik : 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring	Tindakan : Observasi : 1. Untuk mengetahui penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik : 1. Untuk mengetahui posisi tiap 2 jam jika tirah baring 2. Untuk mengetahui pemijatan pada penonjolan tulang 3. Gunakan produk berbahan petroleum

			2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi : 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur	atau minyak pada kulit kering 4. Agar klien mengetahui produk berbahan ringan/ alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 5. Agar klien menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering 6. Agar klien menggunakan pelembab Edukasi : 1. Agar klien menggunakan pelembab 2. Agar klien minum air yang cukup 3. Agar klien meningkatkan asupan nutrisi 4. Agar klien meningkatkan asupan buah dan sayur
--	--	--	--	--

			5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim 6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	5. Agar klien menghindari terpapar suhu ekstrim 6. Agar klien menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 7. Agar klien mandi dan menggunakan sabun secukupnya
9.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan reflek batuk (D.0001)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil : SLKI : Bersihan Jalan Napas (L.01001) 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi menurun 4. Wheezing menurun	Manajemen Jalan Napas (L.01011) Tindakan : Observasi : 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik : 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-	Tindakan : Observasi : 1. Untuk mengetahui apakah adanya gangguan pada pola napas 2. Untuk mengetahui apakah terdapat buyi napas tambahan 3. Untuk mengetahui apakah terdapat perubahan warna, dan aroma pada sputum Terapeutik : 1. Agar kepatenan jalan napas tetap terjaga

			tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) 2. Posisikan semi-fowler atau fowler 3. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 4. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi : 1. Ajarkan Teknik batuk efektif	2. Agar klien tidak terlalu merasakan sesak yang dialami 3. Untuk mengurangi rasa sakit yang dirasakan 4. Untuk membantu pernapasan klien Edukasi : 1. Untuk mengeluarkan sputum
--	--	--	--	--

2.2.4 Implementasi

Salah satu komponen dari proses keperawatan adalah implementasi keperawatan. Implementasi merupakan tahap pelaksanaan dalam asuhan keperawatan. Dalam melakukan implementasi juga memiliki pedoman. Dengan mengetahui pedoman pada tahapan implementasi diharapkan dapat membantu para perawat dalam melakukan tahap implementasi dengan baik dan benar dengan data data yang aktual sesuai dengan aturan implementasi yang berlaku (K. J. Sari 2019).

Tujuan dari pelaksanaan/implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan, penyakit,

pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping. Melaksanakan hasil dari rencana keperawatan untuk selanjutnya di evaluasi untuk mengetahui kondisi kesehatan klien dalam periode yang singkat, untuk mempertahankan daya tahan tubuh, untuk mencegah komplikasi, untuk menemukan perubahan system tubuh, untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien, dan untuk mengimplementasi pesan dokter (Siregar 2019). Jenis-jenis tindakan pada tahapan pelaksanaan implementasi adalah:

- 1) Secara mandiri (inde dependent)
- 2) Tindakan yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalah dan menanggapi reaksi karena adanya stressor
- 3) Saling ketergantungan (interdependent) tindakan keperawatan atas dasar kerjasama tim keperawatan dengan tim kesehatan lainnya seperti dokter fisioterapi, dan lain-lain
- 4) Rujukan atau ketergantungan (dependant)
- 5) Tindakan keperawatan atas dasar rujukan dan profesi lainnya diantaranya dokter psikiater, ahli gizi dan lainnya.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria

yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Kurniati 2017).

Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahapn proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP, yaitu :

- 1) S (Subyektif) : yaitu keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien).
- 2) O (Obyektif) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.
- 3) A (Analisis) : yaitu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.
- 4) P (Planning) : yaitu rencana tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah klien.

2.2.6 Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau di jadikan bukti dalam persoalan hukum. Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang

dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum (Risnawati et al. 2021)