

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori CVA *Infark*

2.1.1 Definisi CVA

Menurut World Health Organization WHO 2018, Stroke atau 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 (RI, 2018).

CVA Infark adalah hilangnya fungsi otak secara mendadak akibat gangguan suplai darah ke bagian otak (Suddarth, 2013). CVA Infark disebabkan oleh oklusi arteri di otak, yang dapat disebabkan thrombosis maupun emboli. Thrombosis merupakan obstruksi aliran darah akibat penyempitan lumen pembuluh darah atau sumbatan, sedangkan Emboli disebabkan oleh sumbatan pembuluh darah dari tempat yang lebih proksimal (Tanto, 2014). Dampak dari gangguan suplai darah ke otak dapat menyebabkan hilangnya pergerakan, daya pikir, memori, kemampuan berbicara, atau sensasi untuk sementara waktu atau permanen (Suddarth, 2013).

Dari beberapa definisi stroke diatas dapat disimpulkan bahwa CVA Infark merupakan hilangnya fungsi otak secara mendadak akibat gangguan suplai oksigen dapat berupa emboli dan thrombosis sehingga

sel-sel otak akan kekurangan darah dan oksigen yang pada akhirnya terjadi kematian pada sel-sel otak.

2.1.2 Klasifikasi CVA

Berdasarkan penyebabnya jenis stroke dibagi menjadi dua. Yaitu stroke non hemoregik (iskemik) dan hemoregik (P2PTM, 2018).

1) Stroke Non-Hemoragik

Yaitu stroke yang diakibatkan karena adanya sumbatan pada pembuluh darah. Stroke iskemik adalah stroke yang paling sering terjadi. Ada dua jenis stroke iskemik yaitu :

a) Stroke iskemik emboli

Merupakan stroke yang terjadi karena adanya bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam jantung atau pembuluh arteri besar yang tersangkut menuju otak.

b) Stroke iskemik trombolik

Merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam pembuluh arteri yang mensuplai darah ke otak.

2) Stroke hemoragik

Adalah stroke yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak.

Stroke ini juga terdapat dua jenis yaitu :

a) Stroke hemoragik intraserebral

Merupakan stroke yang diakibatkan karena pecahnya pembuluh darah dan darah masuk ke dalam jaringan yang menyebabkan sel-sel otak mati sehingga berdampak pada kerja otak berhenti.

Penyebab seringnya adalah hipertensi.

b) Stroke hemoragik subarachnoid

Merupakan stroke yang diakibatkan karena pecahnya pembuluh darah yang berdekatan dengan permukaan otak dan darah bocor di antara otak dan tulang tengkorak. Penyebab bisa berbeda-beda, tetapi biasanya karena pecahnya aneurisma.

Stroke berdasarkan perjalanan penyakitnya dibagi menjadi dua yaitu TIA (*Transien Iskemik Attack*) dan Stroke Involusi (Hariyanto & Sulistyowati, 2015).

(1) TIA (*Transien Iskemik Attack*)

Serangan sepiintas mendadak yang menyebabkan gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam dan gejalanya hilang dengan spontan kurang dari 24 jam

(2) Kondisi Involusi

Kondisi stroke yang terjadi dalam perkembangannya mulai dari ringan lam- kelamaan memburuk yang prosesnya berjalan dalam beberapa jam sampai beberapa hari.

2.1.3 Etiologi

Menurut (Muttaqin, 2019) penyebab dari CVA adalah :

1) Thrombosis serebral

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami okusi sehingga dapat menyebabkan iskemia pada jaringan otak yang menimbulkan oedema dan kongesti disekitarnya. Thrombosis

biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini bisa terjadi karena penurunan 12 aktivitas simpatis dan penurunan darah yang menyebabkan iskemia serebral.

2) Hemoragi pendarahan intracranial atau intraserebral termasuk peredaran ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri, pendarahan ini terjadi karena aterosklerosis hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak yang menyebabkan pembesaran darah ke dalam parenkim otak yang mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, mengakibatkan terjadinya pembengkakan pada otak dan jaringan otak, sehingga akan terjadi infrak otak, oedema, dan herniasi otak.

3) Hipoksia umum

Penyebab hipoksia umum adalah hipertensi yang parah, henti jantung, paru dan curah jantung yang turun akibat aritmia.

4) Hipoksia setempat

Penyebab hipoksia setempat adalah spasme arteri serebral yang disertai dengan subaraknoid dan vasokonstriksi arteri plak yang disertai dengan sakit kepala ringan.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral (Tarwoto, 2013) Gejala klinis CVA meliputi :

1) Kelumpuhan

Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparalisis) 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. Pasien 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), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.
- 4) Afasia (kesulitan dalam berbicara) Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini 14 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 pada tidak mampu atau koheren. Pada afasia global pasien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

- 5) Disartria Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disatria 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 15 Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus kranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esofagus.
- 8) Inkontinensia Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi hal ini terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.
- 9) Verigo, muntah, manual, muntah dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

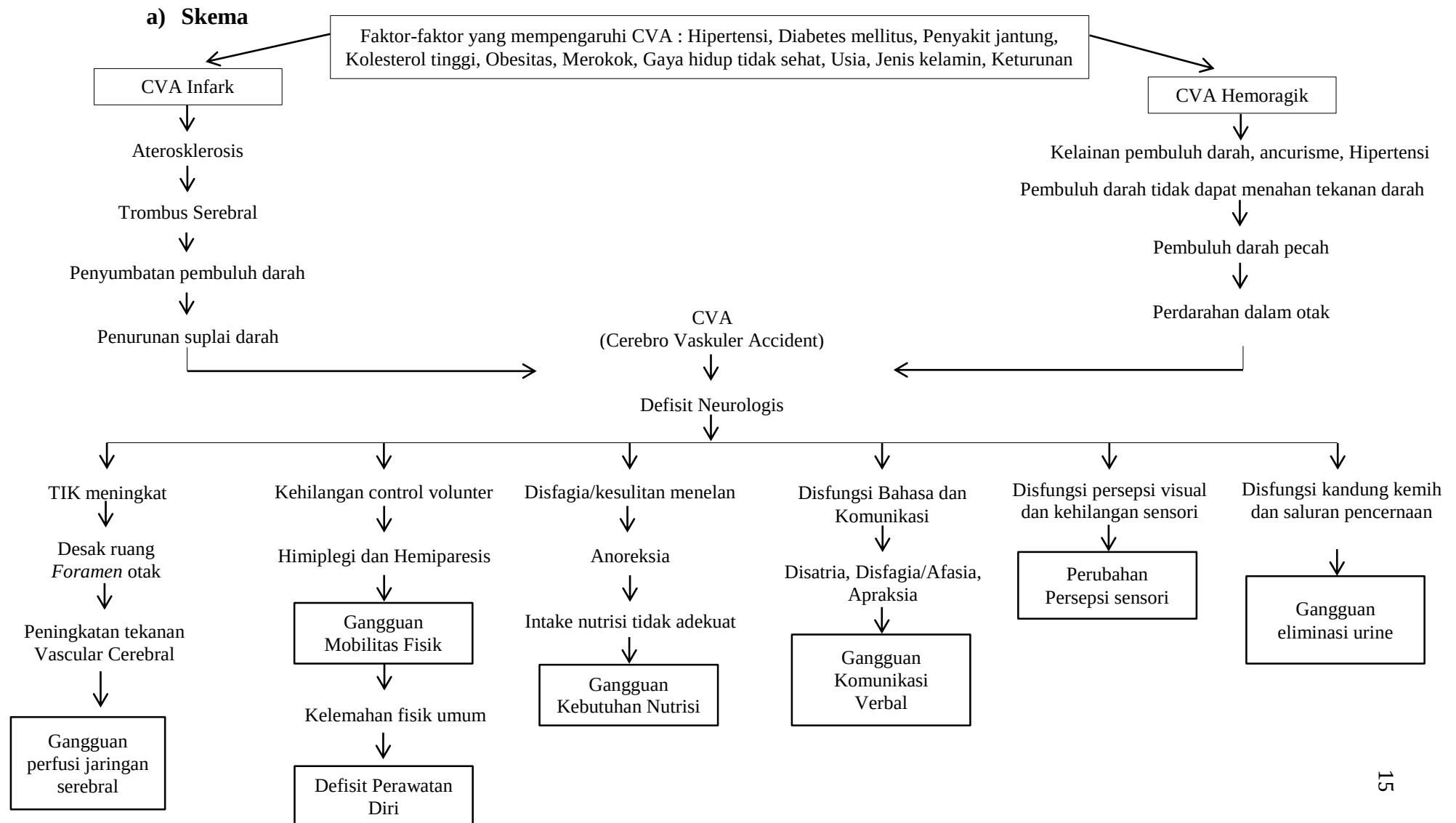
2.1.5 Faktor Resiko

Faktor risiko dari penyakit cva yaitu terdiri dari (Mutiarasari, 2019):

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

2.1.6 Patofisiologi

(Gambar 2.1 (NANDA, 2016))



b) Uraian

Faktor yang mempengaruhi terjadinya CVA (*Cerebro Vascular Accident*) yaitu Hipertensi, Diabetes mellitus, Penyakit jantung, Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan. CVA ada dua jenis yaitu CVA infark dan CVA Hemoragic. Faktor terjadinya CVA *infark* yaitu penumpukan lemak, kolesterol di dinding pembuluh darah (aterosklerosis) yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah). Faktor terjadinya CVA *hemoragik* yaitu kelainan pembuluh darah, aneurisme, hipertensi yang dapat mengakibatkan pembuluh darah tidak bisa menahan tekanan darah sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah yang berakibat terjadinya perdarahan dan Aliran darah ke otak menurun yang mengakibatkan sel-sel di dalam otak mati. Kedua factor tersebut dapat menimbulkan *deficit neurologis* (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan *suplai* darah dan *oksigen* sehingga muncul **gangguan perfusi jaringan serebral**. Salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang *foramen* di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan *vascular serebral* dan menimbulkan nyeri kepala. 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 sehingga munculnya masalah **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 otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, disfasia/afasia, disatria (kehilangan kemampuan berbicara) 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 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 (Wijaya, 2013) penatalaksanaan CVA adalah 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 tes 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)
- 3) 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 (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 perdarahan akan menjadi hipodens (terlihat lebih gelap dari jaringan normal). Pada stroke iskemik, zona hipodens yang 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

Proses Keperawatan adalah serangkaian tindakan yang sistematis, berurutan, berkelanjutan/berkesinambungan dimulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Rohmah, 2019).

Proses keperawatan terdiri atas lima tahap yang berurutan dan saling berhubungan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Nursalam, 2008).

Proses keperawatan merupakan metode yang digunakan dalam memberikan asuhan kepada pasien. Sasaran asuhan yang diberikan dapat individu, kelompok, keluarga, masyarakat, baik sehat maupun sakit. Oleh karena itu maka masalah yang menjadi perhatian pada asuhan keperawatan adalah sedang terjadi, atau beresiko terjadi, maupun masalah yang positif. Area asuhan dapat berupa promotif, preventif, dan rehabilitative (Walid, 2019).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan bagian dari proses keperawatan yang dinamis dan terorganisasi yang meliputi tiga aktivitas dasar, diantaranya : pengumpulan data secara sistematis, memilih dan mengatur data yang akan dikaji , serta melakukan dokumentasi data dalam format yang dapat dibuka kembali. (Melliany, 2019).

1) Identitas Umum

Identitas umum meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin (pada umumnya stroke lebih banyak menyerang pada laki-laki dibandingkan pada wanita, risiko stroke pria 1,25 lebih tinggi dibandingkan wanita, hal ini tidak lepas karena laki-laki memiliki pola gaya hidup yang tidak sehat. Pola makan yang salah, merokok, meminum, alkohol, dan kurang berolahraga menjadi salah satu faktor yang dapat menyebabkan timbulnya stroke), pendidikan, alamat, pekerjaan (menurut Xu dari southern Medical university di Guangzhou Cina mengatakan bahwa pekerjaan yang memiliki tekanan, dapat memicu stress dan menjadikan seseorang rentan terkena stroke), agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register, diagnosa medis (Widoyono, 2011).

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Keluhan utama adalah keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita

melakukan pemeriksaan diri. Pada umum keluhan pasien stroke terjadi dalam dua hal yaitu stroke hemoragik dan non hemoragik. Stroke Non hemoragik biasanya mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual muntah, kelemahan reflek, afasia (gangguan komunikasi), difasia (memahami kata), kesemutan, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar. Kemudian pada stroke hemoragik biasanya memiliki keluhan perubahan tingkat kesadaran, sakit kepala berat, mual muntah, menggigil/berkeringat, peningkatan intrakranial, afasia, hipertensi hebat, distress pernafasan dan koma (Rosjidi, 2014).

b) Riwayat penyakit Sekarang

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

c) Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu merupakan riwayat penyakit fisik maupun psikologik yang pernah diderita pasien sebelumnya. Seperti diabetes mellitus, hipertensi, trauma, dan lain-lain. Hal ini perlu diketahui karna bisa saja penyakit yang diderita sekarang

ada hubungannya dengan penyakit yang azpernah diderita sebelumnya serta sebagai bahan pertimbangan dalam pemilihan tindakan yang akan dilakukan. Dan dalam kasus ini didapatkan hasilnya negatif. (anonime, BAB III PELAKSANAAN KASUS , 2015)

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat Kesehatan keluarga adalah suatu penyakit yang ditimbulkan karena keadaan keluarga yang tidak sehat ataupun kondisi lingkungan yang terkait. Adanya generasi dari keluarga yang memiliki keluhan yang sama dirasakan pada pasien. Dalam hal ini kaji penyakit penyerta yang pernah diderita keluarga pasien seperti diabetes mellitus dan obesitas, adakah keluarga pasien yang menderita penyakit stroke sebelumnya seperti penyakit keturunan yang diperoleh dari beberapa mekanisme yaitu faktor genetik, faktor kepekaan genetik, faktor lingkungan, dan gaya hidup (AHA, 2015).

e) Riwayat Psikososial-Spiritual

Masalah-masalah psikologis yang dialami pasien yang berhubungan dengan keluarga maupun masyarakat. Seperti penyakit stroke yang merupakan suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya tersebut dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga. Perubahan hubungan dan peran terjadi karena

pasien sulit melakukan aktivitas dan komunikasi. Rasa cemas dan takut dalam menghadapi gangguan citra tubuh. Rasa cemas pada klien mengakibatkan kegelisahan, kegelisahan tersebut mengakibatkan gangguan dalam melakukan pelaksanaan tindakan dalam pemenuhan kebutuhan defisit perawatan diri pasien. Dalam hal tersebut perawat harus mengantisipasi ketidakpatuhan pasien dalam pemenuhan kebutuhan defisit perawatan diri mandi pasien. Perawat harus memberikan penjelasan dan tindakan dalam meningkatkan kepatuhan dalam pemenuhan defisit perawatan diri: mandi pasien (Hidayat A. , 2010).

3) Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola nutrisi cairan/metabolisme

Nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut, kehilangan sensasi (rasa kecap, cabai, garam, cuka) pada lidah, tenggorokan, pipi, disfagia ditandai dengan kien kesulitan dalam menelan.

b) Pola eliminasi

Pengkajian eliminasi pada pasien stroke difokuskan pada pengkajian eliminasi urine dan eleminasi feses. Pada eliminasi alvi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Sedangkan pada eliminasi urine terjadi infeksi perkemihan, retensi urine, batu ginjal (Roy & Andrew 1999 dalam jurnal Irawaty, 2012).

c) Pola tidur dan istirahat

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

d) Pola aktivitas dan personal hygiene

Dalam beraktivitas klien mengalami kesulitan melakukan gerakan karena pada pasien hemiplegia akan mengalami kelumpuhan pada salah satu anggota gerak sedangkan pada pasien hemiparesis rentang dalam bergerak karena salah satu tangan, kaki atau wajah mengalami kelumpuhan (Hello sehat, 2018).

e) Pola seksualitas/ reproduksi

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

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Pada pasien stroke biasanya mengalami tingkat kesadaran somnolen dengan GCS 10-12 pada awal terserang stroke (Tartowo, 2013).

Tingkat kesadaran pasien merupakan indikator pertama status neurologis pasien. Biasanya pada pasien CVA

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

Tabel 2.1 Tingkat Kesadaran berdasarkan Kualitatif

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

Sumber (Tawoto, 2013)

b) Tanda-Tanda Vital

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

(4) Suhu pada pasien stroke biasanya tidak terdapat masalah.

c) Rambut

Biasanya kepala kotor, berketombe, penyebaran rambut tidak merata.

d) Wajah

Biasanya wajah nyeri pada satu sisi, wajah terlihat miring, dan wajah pucat. Pada pemeriksaan nervus V (Trigeminal): biasanya pasien dapat menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea dengan kapas halus maka klien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada Nervus VII (facialis): biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengerutkan dahi, mengerutkan hidung, mengembangkan pipi, saat pasien stroke mengembangkan pipi maka terlihat tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi kelemahan dan saat diminta mengunyah pasien akan mengalami kesulitan dalam mengunyah.

e) Mata

Biasanya pada pasien stroke konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak terdapat edema. Pada pemeriksaan nervus II (optikus): biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotorius): biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat nilai jika pasien tersebut membuka mata. Nervus IV (troklear): biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah. Nervus VI

(abdusen): biasanya hasilnya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

f) Hidung

Pada pasien stroke biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, dan tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius): terkadang pasien tidak bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun juga ada yang bisa, dan biasanya ketajaman penciuman pasien antara kiri dan kanan berbeda.

g) Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien stroke akan mengalami masalah pada bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering, peradangan pada gusi. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis): biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeal): biasanya uvula yang terangkat simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa pahit dan asam. Pada nervus XII (hipoglossus): pada pasien stroke biasanya dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

h) Telinga

Biasanya daun telinga kiri dan kanan sejajar. Pada pemeriksaan nervus VIII (Auditori): biasanya pasien kurang bisa

mendengarkan gesekan jari dari perawat hal tersebut tergantung dengan lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengarkan jika suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.

i) Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus): biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya positif dan bludzensky 1 positif.

j) Pemeriksaan payudara dan Ketiak

Biasanya pada pemeriksaan payudara dan ketiak diperiksa mulai dari ukuran dan bentuk payudara, warna payudara dan aerola, kelainan-kelainan payudara dan putik serta pada axila dan clavicula. Dilakukan pemeriksaan mulai dari inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi

k) Thorak

1) Paru-paru

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

2) Jantung

Inspeksi	: biasanya ictus cordis tidak terlihat
Palpasi	: biasanya ictus cordis teraba
Perkusi	: biasanya batas jantung normal

Auskultasi : biasanya suara vesikuler

l) Abdomen

Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites

Auskultasi : biasanya bising usung pasien tidak terdengar.

Pada pemeriksaan reflek dinding perut, pada saat perut pasien digores biasanya pasien tidak merasakan apa-apa.

Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar

Perkusi : biasanya terdapat suara tympani

m) Genetalia

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

n) Ekstremitas

(1) Atas

Pada pasien stroke terpasang infus bagian dextra/sinistra. CRT (Cathode Ray Tube) pada pasien biasanya normal yaitu < 3 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius): pasien stroke hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak terdapat respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep negative). Respon tersebut terjadi karena adanya hemiplegia. Hemiplegia adalah keadaan dimana klien tidak mampu untuk menggerakkan maupun memberikan respon

dan cenderung mengalami kelumpuhan pada salah satu anggota ekstremitas atas dan pada saat pemeriksaan trisep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek bisep negative). Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman tromer biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromer positif). Hal tersebut karena pada stroke mengalami hemiparesis yang menyebabkan salah satu tangan terjadi kelemahan atau penurunan kekuatan otot.

(2) Bawah

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

didapatkan salah satunya kaki menjadi lemah tetapi tidak sepenuhnya.

o) Pemeriksaan integument :

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

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

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang didalamnya baik yang berlangsung actual maupun potensial (PPNI, 2018). Berikut diagnose keperawatan pada klien dengan CVA menurut (SDKI, 2017) :

1) Gangguan perfusi jaringan serebral (D.0009)

Penyebab :

- a) Hiperglikemia
- b) Penurunan konsentrasi himoglobin
- c) Peningkatan Tekanan Darah
- d) Kekurangan volume cairan
- e) Penurunan aliran arteri dan/atau vena
- f) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat
(mis.merokok,gayahidup,monoton,trauma,obesitas,asupan
garam,imobilisasi)
- g) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis diabetes

melitus, hiperlipidemia)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Pengisian Kapiler < 3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun

Gejala dan Tanda minor

Subjektif	Objektif
1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)	1. Edema 2. Penyembuhan Luka lambat 3. Indeks ankle-brachial < 0,90 4. Bruit femoral

2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Penyebab :

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

Gejala Dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

Penyebab :

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- d) Faktor ekonomi
- e) Faktor psikologis

4) Gangguan komunikasi verbal

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebral
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan platum
- f) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakeostomi, intubasi, krikotiroidotomi)
- g) Hambatan individu (mis. Gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- h) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- i) Hambatan lingkungan (ketidacukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Tidak mampu berbicara Objektif atau tidak mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai

Gejala dan Tanda Minor

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

5) Gangguan persepsi sensori (D.0085)

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

Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

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

6) Gangguan eliminasi urine (D.0040)

Penyebab :

- a) Iritasi kandung kemih
- b) Penurunan kemampuan menyadari tanda – tanda gangguan
- c) Iritasi kandung kemih
- d) Efek tindakan medis dan diagnostic
- e) Kelemahan otot pelvis
- f) Ketidak mampuan mengakses toilet
- g) Hambatan lingkungan
- h) Ketidakmampuan mengakses toilet
- i) Hambatan lingkungan
- j) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- k) Outlet kandung kemih tidak lengkap
- l) Imaturitas

Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

	3. Volume residu urin meningkat
Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

7) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Penyebab :

- a) Kerusakan integritas struktus tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan masa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskolasketal
- l) Gangguan neuromaskular
- m) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik Kecemasan
- r) Gangguan kognitif
- s) Keengganan melakukan pergerakan

t) Gangguan sensori persepsi

Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

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

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan atau intervensi keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalahmasalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Walid, 2019). Menurut Standar Intervensi Indonesia (2013), intervensi dari diagnose CVA diatas adalah : intervensi keperawatan menurut (Tarwoto, 2013)

Tabel 2.3 Diagnosa dan Intervensi SDKI,SLKI,dan SIKI

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NIC	NOC	RASIONAL
1	Gangguan Perfusi Jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0009)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan kembali normal dengan kriteria hasil : 1) Klien tidak gelisah 2) Tidak ada keluhan nyeri kepala, mual dan kejang 3) GCS 4, 5, 6 4) Pupil isokor 5) Refleks cahaya (+) 6) TTV normal	Observasi : 1) Berikan penjelasan kepada keluarga klien tentang sebab peningkatan TAK dan akibatnya. 2) Kaji tingkat kesadaran dengan GCS 3) Monitor tanda-tanda vital Terapeutik : 4) Baringkan klien (bed rest) total dengan posisi tidur telentang tanpa bantal. 5) Bantu pasien untuk membtasi muntah, batuk,anjurkan klien menarik nafas apabila bergerak atau berbalik dari tempat tidur 6) Ajarkan klien untuk menghindari batuk dan mengejan berlebihan 7) Ciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung Edukasi : 8) Anjurkan pasien untuk latihan kaki dan tangan Kolaborasi : 9) pemberian terapi sesuai intruksi dokter,seperti :steroid, aminofel, antibiotika	1) Keluarga lebih berpartisipasi dalam proses penyembuhan 2) monitor tanda-tanda status neurologis dengan GCS 3) Untuk mengetahui keadaan umum klien 4) Aktivitas ini dapat meningkatkan tekanan intracranial dan intraabdoment dan dapat melindungi diri dari valsava 5) Batuk dan mengejan dapat meningkatkan tekanan intrkranal dan poteensial terjadi perdarahan ulang 6) Rangsangan aktivitas dapat meningktkan tekanan intracranial 7) Lingkungan yang tenang dapat membantu proses penyembuhan 8) Edukasi pasien untuk berlatih kaki dan tangan 9) Tujuan yang di berikan dengan tujuan: menurunkan premeabilitas kapiler,menurunkan edema

					serebri,menurunkan metabolic sel dan kejang
2	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan neuromaskular (D.0109)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam terjadi prilaku peningkatan perawatan diri Kriteria hasil: klien menunjukan perubahan gaya hidup untuk kebutuhan merawat diri, klien mampu melakukan aktivitas perawatna diri sesuai dengan tingkat kemampuan, mengidentifikasi personal masyarakat yang dapat membantu	Observasi : 1) Kaji kemampuan dan tingkat penurunan dalam skala 0 – 4 untuk melakukan ADL Terapeutik : 2) Hindari apa yang tidak dapat di lakukan oleh klien dan bantu bila perlu 3) Pertahankan dukungan pola pikir dan izinkan klien melakukan tugas, beri umpan balik yang positif untuk usahanya Edukasi : 4) Menyadarkan tingkah laku atau sugesti tindakan pada perlindungan kelemahan. 5) Rencanakan tindakan untuk deficit pengelihan dan seperti tempatkan makanan dan peralatan dalam suatu tempat, dekatkan tempat tidur ke dinding	1) Membantu dalam mengantisipasi dan merencanakan pertemuan kebutuhan individu 2) Klien dalam keadaan cemas dan tergantung hal ini di lakukan untuk mencegah frustasi dan harga diri klien 3) Klien memerlukan empati, tetapi perlu mengetahui perawatan yang konsisten dalam menangani klien, skaligus meningkatkan harga diriklien, memandirikan klien, dan menganjurkan klie untuk terus mencoba 4) Klien mampumelihat dan memakan makanan, akan mampu melihat kelaurmasuk orang ke ruangan	
3	Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dan mengunyah	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan klien mampu memenuhinkebutuhan nutrisi. Dengan Kriteria hasil : 1) Intake makanan adekuat 2) Anemis tidak ada 3) Berat badan ideal	Observasi : 1) Monitor intake makanan pasien 2) Observasi NGT 3) Observasi selera, warna kulit Terapeutik : 4) Berikan makanan per	1) Mengetahui keseimbangan nutrisi 2) Adekuatnya aliran masuk makanan 3) Mencegah terjadinya aspirasi 4) Mencegah muntah	

		4) Tanda tanda vital normal 5) Hb dan tanda albumin normal 6) Lingkar pasien normal	NGT dengan teknik yang benar 5) Berikan makanan cair tidak lebih dari 600cc sekali pemebrian 6) Jaga kebersihan mulut pasien 7) Kaji tanda vital an bising usus 8) Kaji lingkar lengan dan tonus otot Edukasi : 9) Anjurkan keluarga untuk membantu memberikan nutrisi pada pasien 10) Anjurkan makan sedikit tapi sering Kolaborasi : 11) Kolaborasi dengan medis dalam pemberian transfusedarah sesuai indikasi	dan aspirasi 5) Tanda adanya nemih 6) Meningkatkan selera makan 7) Indicator status nutrisi 8) Mengetahui status nutrisi 9) Menganjurkan keluarga untuk selalu membantu pasien dalam memnuhi kebutuhan nutrisi 10) Menganjurkan pasien agar tetap makan sedikit tapi sering 11) Pemberian transfuse darah dimungkinkan jika Hb berkurang
4	Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromaskular (D.0119)	Setelah di lakukan perawatan 3x24 jam di harapkan klien menunjuk kan peningkatan kemam- puan komunikasi verbal Kriteria hasil: 1) Keluarga mengungkap kan pelo yang di alami klien berkurang. 2) Klien berkomunikasi dengan jelas. 3) Klien tidak berbicara berulang-ulang untuk mengulang maksud yang	Observasi : 1) Observasi kemampuan klien dalam berkomunikasi 2) Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara. Terapeutik : 3) Ajak klien untuk	1) Mengetahui kemampuan klien dalam berkomunikasi 2) Mengetahui apakah ada gangguan bahasa dan bicara 3) Mengajak klien untuk berbicara 4) Mengajarkan klien untuk mempergunakan

		sama.	berbicara dengan singkat dan jelas	tangan dalam memperjelas bicara
			4) Ajarkan pada klien untuk mempergunakan tangan untuk lebih memperjelas maksud pembicaraan	5) Mendengarkan klien bicara
			5) Dengarkan klien dengan penuh perhatian	6) Menjelaskan pada klien tentang pentingnya latihan berbicara
			Edukasi :	7) Berkolaborasi dengan terapis wicara
			6) Jelaskan pada klien tentang pentingnya untuk selalu melatih bicara/ vokalisasi	
			Kolaborasi :	
			7) Konsul dengan terapis wicara	
5	Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan klien mampu memethankan fungsi sensori dengan kriteria hasil : 1) Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi persepsi 2) Mendemonstrasikan tingkah laku untuk mengkompensasikan kekurangan	Observasi : 1) Kaji kemampuan persepsi pasien dan penerimaan sensorik Terapeutik : 2) Ciptakan lingkungan yang sederhana dan alat-alat yang berbahaya 3) Bantu pasien dalam aktivitas dan mobilitas untuk mencegah injuri Edukasi : 4) Orientasi pasien pada lingkungan staf dan	1) Menurunkan resiko cedera 2) Menghindari kebingungan 3) Menghindari kesalahan persepsi terhadap realitas 4) Memenuhi kebutuhan sehari-hari dan injuri

				prosedur tindakan	
6	Gangguan eliminasi Urine berhubungan dengan menurunnya sensasi,disfungsi,kognitif,kerusakan komunikasi(D.0040)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan klien mampu bak dengan normal dengan kriteria hasil : 1) Pola BAK normal 2) Pasien dapat berkomunikasi sebelum BAK 3) Kulit bersih dan kering 4) Terhindar dari infeksi	Observasi : 1) Kaji kembali tipe inkontinensia dan polanya 2) Monitor hasil urinalisasi dan karakteristik urin Terapeutik : 3) Buatkan jadwal untuk BAK 4) Palpasi bladder terhadap adanya distensi 5) Berikan minum yang cukup1500-2000ml jika tidak ada kontraindikasi 6) Lakukan perawatan kateter setiap hari Edukasi: 7) Anjurkan menghindariindari pasien minum sebelum tidur 8) Jaga privaisi klien saat BAK	1) Menentukan rencana lebih lanjut 2) Melatih BAK lebih lanjut 3) Obstruksi salurankemih kemungkinan dapat terjadi 4) Menghindari terjadinya infeksi 5) Memberikan rasa nyaman 6) Menghindari BAK saat teratur 7) Mrngrtshui secara dini infeksi saluran kemih 8) Mencegah batu saluran kemih	
7	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan himeperise/hemiplegia (D.0054)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya Kriteria hasil: 1) Tidak terjadi kontraktur sendi. Bertambahnya kekuatan otot	Observasi : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 3) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi	1) Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lain 2) Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sbeelum memulai ambulasi 3) Memonitor kondisi	

2) Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas	umum selama melakukan aktifitas 4) Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 5) Memfasilitasi melakukan ambulasi dini 6) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam proses ambulasi 7) Menjelaskan prosedur ambulasi 8) Menganjurkan untuk melakukan ambulasi dini 9) Mengajarkan ambulasi sederhana	4) Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 5) Memfasilitasi melakukan ambulasi dini 6) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam proses ambulasi 7) Menjelaskan prosedur ambulasi 8) Menganjurkan untuk melakukan ambulasi dini 9) Mengajarkan ambulasi sederhana
--	---	--

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan mencakup peningkatan kesehatan, dan menafistasi koping. Implemenasi keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan oleh seorang perawat berdasarkan intervensi/rencana keperwatan (Purba, 2020).

Komponen implementasi dari proses keperawatan mempunyai lima tahap: mengkaji ulang klien, menelaah dan memodifikasi rencana asuhan yang sudah ada, mengidentifikasi area bantuan, mengimplementasikan intervensi keperawatan. dan mengomunikasikan intervensi. (Meylinta, n.d.)

1) Mengkaji Ulang Klien

Pengkajian adalah suatu proses yang berkelanjutan, yang mungkin difokuskan hanya pada satu dimensi atau sistem. Setiap kali perawat berinteraksi dengan klien, data tambahan dikumpulkan untuk mencerminkan kebutuhan fisik, perkembangan, intelektual, emosional. sosial, dan spiritual klien. Ketika data baru didapatkan dan kebutuhan baru diidentifikasi, perawat memodifikasi asuhan keperawatan. Fase pengkajian ulang terhadap komponen implementasi memberikan mekanisme bagi perawat untuk menentukan apakah tindakan keperawatan yang diusulkan masih Sesuai.

2) Menelaah dan Memodifikasi Rencana Asuhan Keperawatan yang Ada

Meskipun rencana asuhan keperawatan telah dikembangkan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang teridentifikasi selama pengkajian, perubahan dalam status klien mungkin mengharuskan modifikasi asuhan keperawatan yang telah direncanakan. Sebelum memulai perawatan, perawat menelaah rencana asuhan dan membandingkannya dengan data pengkajian untuk memvalidasi diagnose keperawatan yang dinyatakan dan menentukan apakah intervensi keperawatan yang paling sesuai untuk situasi klinis saat itu. Jika status klien telah berubah dan diagnose keperawatan serta intervensi keperawatan yang berhubungan tidak lagi sesuai, maka rencana asuhan keperawatan harus dimodifikasi.

3) Mengidentifikasi Bidang Bantuan

Beberapa situasi keperawatan mengharuskan perawat untuk mencari bantuan. Bantuan dapat berupa tambahan tenaga, pengetahuan, atau keterampilan keperawatan. Sebelum mengimplementasikan asuhan, perawat mengevaluasi rencana untuk menentukan kebutuhan bantuan dan tipe yang dibutuhkan. Situasi yang membutuhkan tambahan tenaga beragam. Sebagai contoh, perawat yang ditugaskan untuk merawat klien mobilisasi mungkin membutuhkan tambahan tenaga untuk membantu membalik, memindahkan, dan mengubah posisi klien karena kerja fisik yang terlibat. Perawat juga harus menentukan kapan tambahan tenaga dibutuhkan. Jika klien harus dibalik dan diposisikan kembali setiap 2 jam, maka tambahan tenaga akan

diperlukan setiap 2 jam. Perawat kemudian harus menentukan jumlah tenaga yang diperlukan dan harus mendiskusikan kebutuhan bantuan dengan sumber potensial. Akhirnya, perawat harus meluangkan waktu untuk merencanakan asuhan, sehingga anggota tim perawatan lainnya tidak menjadi terganggu. Tenaga tambahan juga dibutuhkan ketika status kesehatan klien menurun atau ketika jumlah klien meningkat. Dalam kedua situasi tingkat asuhan keperawatan yang dibutuhkan adalah terlalu banyak untuk satu orang perawat untuk dapat memberikan asuhan dengan aman. Beberapa situasi keperawatan membutuhkan pengetahuan dan keterampilan tambahan. Perawat membutuhkan pengetahuan tambahan ketika memberikan medikasi baru atau menerapkan prosedur baru. Informasi ini dapat diperoleh dari buku prosedur atau panduan rumah sakit, anggota tim perawatan kesehatan lainnya dapat dirujuk.

4) Mengimplementasikan Intervensi Keperawatan

Perawat memilih intervensi keperawatan berikut metoda untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan:

- a) Membantu dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari
- b) Mengonsulkan dan menyuluh klien dan keluarganya
- c) Memberi asuhan keperawatan langsung
- d) Mengawasi dan mengevaluasi kerja anggota staf lainnya

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah langkah terakhir pada proses keperawatan, evaluasi keperawatan ini dilakukan untuk menandai apakah rencana

keperawatan yang dilakukan pada pasien sudah tercapai atau sudah sesuai dengan perencanaan atau tidak. (Fatimah, 2020).

Pada saat akan melakukan pendokumentasian, menggunakan SOAP yaitu :

S : Data subjektif merupakan masalah yang diutarakan klien

O : Data objektif merupakan tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa keperawatan

A : Analisis dan diagnosa

P : Perencanaan merupakan pengembangan rencana yang akan datang dari intervensi