

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori CVA

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, K. 2018).

CVA adalah penyakit yang ditandai dengan hilangnya sensasi pada kulit dan kelemahan otot karena defisit neurologis yang terjadi secara mendadak. Definisi dari stroke adalah terganggunya sistem saraf akibat gangguan aliran pembuluh darah ke otak yang terjadi secara tiba-tiba (Oktaria & Fazriesa, 2017).

Stroke Infark merupakan proses terjadinya iskemia akibat emboli dan trombosis serebral, biasanya sering terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau terjadi di pagi hari serta tidak terjadi perdarahan. Pada dasarnya stroke non hemoragic disebabkan oleh oklusi pembuluh darah otak menyebabkan terhentinya pasokan oksigen dan glukosa ke otak atau terjadi perdarahan namun timbul iskemia yang mengakibatkan hipoksia dan selanjutnya timbul edema sekunder (Sarani, 2021).

2.1.2 Klasifikasi CVA

Menurut (Yueniwati, 2016) klasifikasi dari penyakit stroke yaitu :

1) Stroke Infark/ Non Hemoragik

Stroke Non Hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke non hemoragik secara umum diakibatkan oleh aterosklerosis pembuluh darah serebral, baik yang besar maupun yang kecil. Pada stroke non hemoragik penyumbatan bisa terjadi disepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju ke otak. Darah ke otak disuplai oleh dua arteri karotis interna dan dua arteri vertebralis. Arteri-arteri ini merupakan cabang dari lengkung aorta jantung. Suatu aterosklerosis (endapan lemak) bisa terbentuk di dalam pembuluh darah arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Keadaan ini sangat serius karena setiap pembuluh darah arteri karotis dalam keadaan normal memberikan darah ke sebagian besar otak. Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil.

2) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh peredaran di dalam jaringan otak (disebut hemoragia intraserebrum atau hematoma intraserebrum) atau peredaran ke dalam ruang subarachnoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut hemoragia subarachnoid). Stroke hemoragik merupakan jenis stroke

yang paling mematikan yang merupakan sebagian kecil dari keseluruhan stroke yaitu sebesar 10-15% untuk perdarahan intraserebrum dan sekitar 5% untuk peredaran subarachnoid.

2.1.3 Etiologi

Sebagian besar stroke terjadi akibat kombinasi faktor penyebab medis misalnya, peningkatan tekanan darah dan faktor penyebab perilaku misalnya merokok (Udani, 2013). Berdasarkan penyebabnya, ada dua jenis stroke, yaitu:

1) Stroke Infark/ Non Hemoragik

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

2) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluhdarah di otak pecah dan menyebabkan perdarahan. Pendarahan di otak dapat dipicu oleh beberapa kondisi yang memengaruhi pembuluh darah. Kondisi tersebut meliputi hipertensi yang tidak terkendali, melemahnya dinding pembuluh darah, dan pengobatan dengan pengencer darah. Stroke hemoragik terdiri dari dua jenis, yaitu perdarahan intraserebral dan subarachnoid (Wijaya, 2017).

2.1.4 Manifestasi Klinis

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

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

2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan. Gangguan ini terjadi akibat adanya kerusakan pada sistem syaraf 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 metabolic akibat hipoksia.

4) Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia terjadi jika ada kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfe kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri. Afasia terbagi menjadi 3, yaitu :

a) Afasia motorik atau ekspresif

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

b) Afasia sensorik

Afasia ini terjadi karena kerusakan area *wernicke*, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia jenis ini pasien tidak dapat menerima stimulus pendengaran, tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan, sehingga respon bicara tidak nyambung (koheren).

c) Afasia Global

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

5) Disatria (bicara cadel atau pelo)

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

6) Gangguan penglihatan, diplopia

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

7) Disfagia

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

8) Inkontensia

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

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

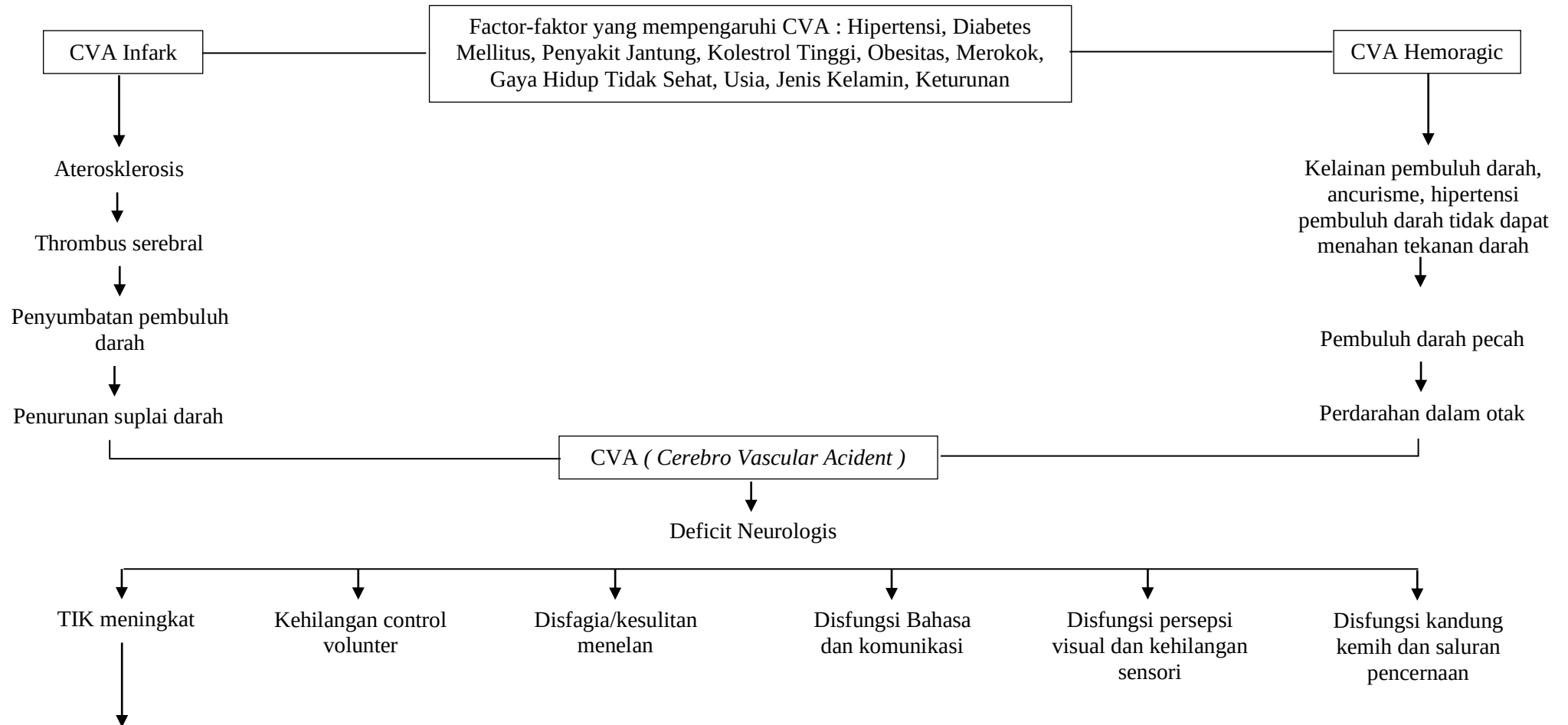
2.1.5 Faktor Resiko

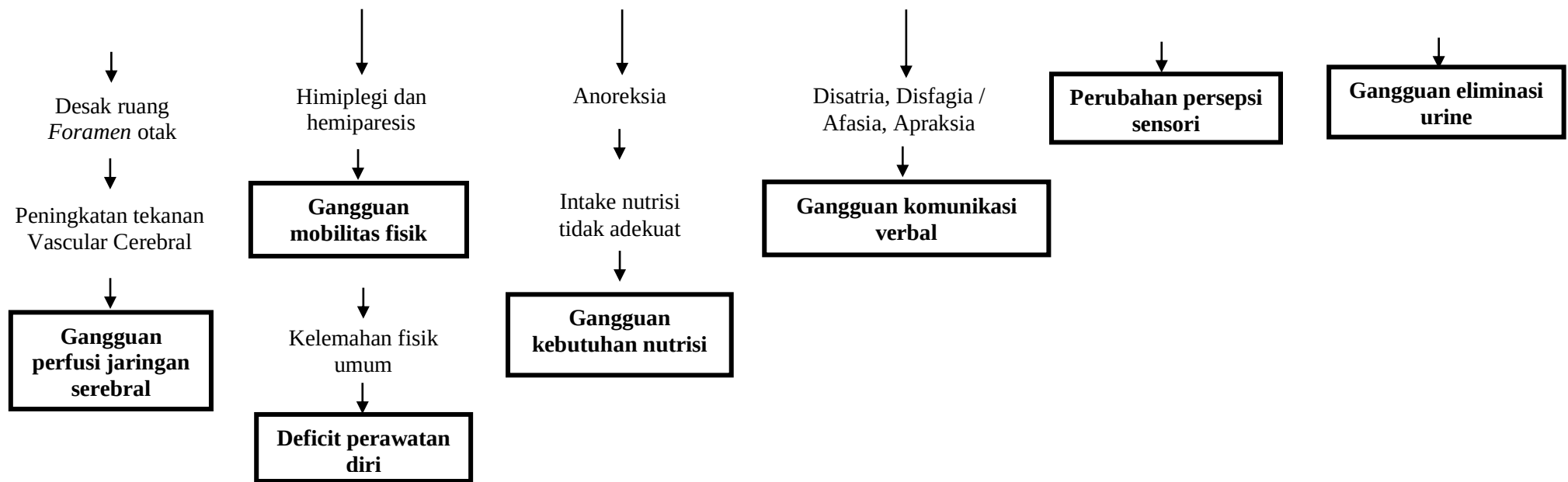
Faktor risiko dari penyakit stroke yaitu terdiri dari (Mutiarasari, 2019):

- 1) Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga.
- 2) Faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, merokok, dislipidemia, diabetesmelitus, obesitas, alkohol dan atrial fibrillation.

2.1.6 Patofisiologi

1) Pathway





Gambar 2.1 Patofisiologi, (NANDA, 2016)

2) 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 menimbulkan **gangguan mobilitas fisik**. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah **defisit perawatan diri**, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity Daily Living). Kelemahan kontrol otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, disfasia/afasia, disatria (kehilangan kemampuan berbicara) sehingga muncul masalah **gangguan 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 finger 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 (nifedipine)
- f) Antagonis calcium (nifedipine, piracetam)

Penatalaksanaan Khusus

- a) Atasi kejang (antikonvulsan)
- b) Atasi tekanan intracranial yang meninggi (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 beberapajam 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).

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 23 (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 pernah 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 salahsatu tangan, kaki atau wajah

mengalamikelumpuhan (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) Kesadaran

Pada pasien stroke biasanya mengalami tingkat kesadaran somnolen dengan GCS 10-12 pada awal terserang stroke (Tartowo, 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, menggembungkan pipi, saat pasien stroke menggembungkan pipi makan 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 (abduksen): 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 ovula yang terangkat simetris, mencong kearah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa pahit dan asam. Pada nervus XII (hipoglasus): 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)Thorax

(1) Paru – paru

Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan Palpasi : biasanya vocal fremitus sama antarakiri 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

k) Abdomen

Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites Auskultasi : biasanya bising usung pasien tidak terdengar. Pada pemeriksaan reflek dindingperut, pada saat perut pasien digores biasanya pasien tidak merasakan apa-apa.

Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar Perkusi : biasanya terdapat suara tympani

l)Ektremitas

(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 kebawah 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.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

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

1) Gangguan Perfusi Jaringan (D.0009)

Penyebab :

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

g) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis diabetes melitus, hiperlipidemia)

Tabel 2.1 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

Tabel 2.2 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)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

- Gangguan muskulosekeletal
- Gangguan neuromaskular
- Kelemahan
- Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- Penurunan motivasi minat

Tabel 2.3 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.4 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

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

Penyebab :

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien
- d) Faktor ekonomi
- e) Faktor psikologis

4) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

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

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebral
- b) Gangguan neuromaskuler

- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskulosekeletal
- e) Kelainan platum
- f) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, 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 (ketidak cukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidak sesuaian budaya, bahasa asing).

Tabel 2.5 Gejala dan Tanda Mayor

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

Tabel 2.6 Gejala dan Tanda Minor

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

5) Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)Penyebab :

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

Tabel 2.7 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.8 Tanda dan Gejala Minor

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

6) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040)Penyebab :

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

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

Tabel 2.9 Gejala dan Tanda Mayor

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

Tabel 2.10 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

7) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)Penyebab :

- a) Kerusakan integritas struktus tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan masa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi

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

Tabel 2.11 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.12 Tanda dan Gejala Minor

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

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan atau intervensi keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah 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 2.13 Diagnosa dan Intervensi SDKI, SLKI, dan SIKI

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Gangguan Perfusi Jaringan 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) Reflek cahaya (+) TTV normal	Observasi : 1) Identifikasi penyebab perubahan sensasi 2) Monitor perubahan kulit 3) Periksa sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, edema, pengisian kapiler, suhu) Terapeutik : 4) Lakukan pencegahan infeksi 5) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6) Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin) Edukasi : 7) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurunan kolestrol 8) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara rutin	1) Untuk mengetahui penyebab perubahan sensasi 2) Untuk mengetahui perubahan kulit 3) Untuk mengetahui sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, edema, pengisian kapiler) 4) Untuk mencegah terjadinya infeksi 5) Supaya tekanan darah stabil 6) Supaya kolestrol stabil dengan pemberian obat

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

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

4. Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromaskular (D.0119)	Setelah di lakukan perawatan 3x24 jam di harapkan klien menunjukkan peningkatan kemampuan komunikasi verbal Kriteria hasil: Keluarga mengungkapkan pelo yang di alami klien berkurang. Klien berkomunikasi dengan jelas. Klien tidak berbicara berulang-ulang untuk mengulang maksud yang sama.	Observasi : 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara 2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran dan bahasa) 3) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik : 4) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, isyarat tangan dan komputer) 5) Ulangi apa yang disampaikan pasien 6) Berikan dukungan psikologis Edukasi : 7) Anjurkan bicaraperlahan Kolaborasi : 8) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
---	---	---

5.	Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam 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) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 2) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan 3) Monitor tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit, suhu, sensasi dan kondisi secara berkala Terapeutik : 4) Pertahankan lingkungan yang aman 5) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol emosi 6) Jadwalkan aktivitas dan jadwal hari ini 7) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori Edukasi : 8) Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi) 9) Ajarkan cara	1) Untuk mengetahui tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 2) Untuk mengetahui status mental, sensori dan tingkat kenyamanan 3) Untuk mengetahui tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit dan suhu 4) Untuk memberikan rasa nyaman dan aman kepada klien 5) Supaya klien mempunyai kegiatan dan aktivitas setiap hari 6) Untuk mengatasi gangguan persepsi sensori yang dialami klien dengan pemberian obat rutin
----	--	--	---	---

			meminimalisasi stimulus Kolaborasi : 10) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan 11) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus 12) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu
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 Terhindar dari infeksi	Observasi : 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna) 4) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih 5) Batasi asupan cairan, jika perlu Edukasi : 1) Untuk mengetahui tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2) Untuk mengetahui faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3) Untuk mengetahui frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna urine Supaya mengetahui tanda dan gejala infeksi saluran kemih

			6) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 7) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih 8) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi Kolaborasi : 9) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu
7.	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan himeperise/hemiplegia (D.0054)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya Kriteria hasil: 1) Tidak terjadi kontraktur sendi. Bertambahnya kekuatan otot Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas	Observasi : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor kondisi umum selama melakukan Mobilisasi Terapeutik : 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 6) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi :

- 7) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 - 8) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
 - 9) Ajarkan mobilisasi sederhana (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur)
-

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 Pasien

Pengkajian adalah suatu proses yang berkelanjutan, yang mungkin difokuskan hanya padasatu 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 dankeluarganya
- c) Memberi asuhan keperawatan langsung
- d) Mengawasi dan mengevaluasi kerja anggotastaf 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. (Fatihah, 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