

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep dasar penyakit stroke

2.1.1 Pengertian CVA *Infark*

CVA (Cerebral Vascular Accident) Infark adalah suatu sindroma yang mempunyai karakteristik suatu serangan yang mendadak, nonkonvulsif yang disebabkan karena gangguan peredaran darah otak non traumatik (Tarwoto, 2013). *CVA Infark* adalah sindrom klinik yang awal timbulnya mendadak, progresif cepat, berupa defisit neurologi fokal atau global yang berlangsung 24jam terjadi trombositis dan emboli yang menyebabkan penyumbatan yang bisa terjadi di sepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju otak. Darah ke otak disuplai oleh dua arteri karotis interna dan dua arteri vertebralis. Arteri-arteri ini merupakan cabang dari lengkung aorta jantung (arcus aorta) (Brunner dan Suddarth, 2013).

2.1.2 Klasifikasi

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

- 1) *Transient ischemic attack (TIA)* adalah gangguan fungsi otak yang bersifat lokal, timbul secara mendadak, dan akan pulih dalam 24 jam.

- 2) *Reversible neurological deficit* (gangguan neurologis sementara) adalah gangguan fungsi otak yang terjadi lebih dari 24 jam dan akan menghilang dalam waktu 3 minggu.
- 3) *Stroke in evolution* (stroke progresif) adalah gangguan fungsi otak berlangsung perlahan semakin lama semakin berat
- 4) *Completed stroke* (stroke lengkap) adalah gangguan fungsi otak maksimal dan cenderung menetap sejak awal serangan dengan sedikit perbaikan (Indrawati, 2016).

Sedangkan berdasarkan keadaan patologi CVA (Cerebral Vascular Accident) atau stroke *Infark* dapat diklasifikasikan menjadi :

- 1) *Stroke trombotik* adalah pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.
- 2) *Stroke emboli* adalah benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pada pembuluh darah otak.
- 3) *Hipoperfusi sistemik* disebabkan menurunnya tekanan arteri.
- 4) Stroke akibat penyempitan lumen arteri yang terjadi karena infeksi atau proses peradangan, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2.1.3 Etiologi

Menurut Muttaqin (2008), penyebab Stroke *Infark* terdiri dari:

1) Thrombosis Cerebral

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan oedemadan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat mengakibatkan iskemia serebral.

Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak:

a) Arteriosklerosis

Arteriosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah.

b) Hyperkoagulasi

Darah yang bertambah kental yang akan menyebabkan viskositas/ hematokrit meningkat sehingga dapat melambatkan alirandarah serebral.

c) Arteritis (radang pada arteri)

Arteritis adalah kondisi medis yang ditandai dengan peradangan pada arteri-arteri terbesar pada tubuh dan cabang-cabang utamanya (aorta) yang menghantarkan darah kaya oksigen dari

jantung keseluruh tubuh. Hal ini dapat menyebabkan menyempitnya atau pelebaran abnormal dari arteri-arteri tersebut, menyebabkan hilangnya nadi di lengan, tungkai, dan daerah-daerah lainnya.

2) Emboli

Dapat terjadi karena adanya penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Biasanya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat system arteri serebral. Kaeadaan-keadaan yang dapat menimbulkan emboli :

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

2.1.4 Manifestasi Klinis

Stroke *Infark* dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu : stroke trombotik dan stroke embolik. Penyebab stroke *Infark* diantaranya : Hipertensi, Diabetes mellitus, Gejala stroke dapat diingat lebih mudah dengan kata FAST (Maria, 2021) :

- 1) Face (wajah), kelumpuhan wajah
- 2) Arms (tangan), kesulitan mengangkat tangan
- 3) Speech (Perkataan), afasia, bicara tidak jelas/tidak lancar/pelo
- 4) Time (waktu), harus segera membawa ke RS.

- 5) Gangguan penglihatan.
- 6) Ataksia (truncal/anggota badan)
- 7) Vertigo, mual dan muntah atau nyeri kepala, pingsan, depresi.

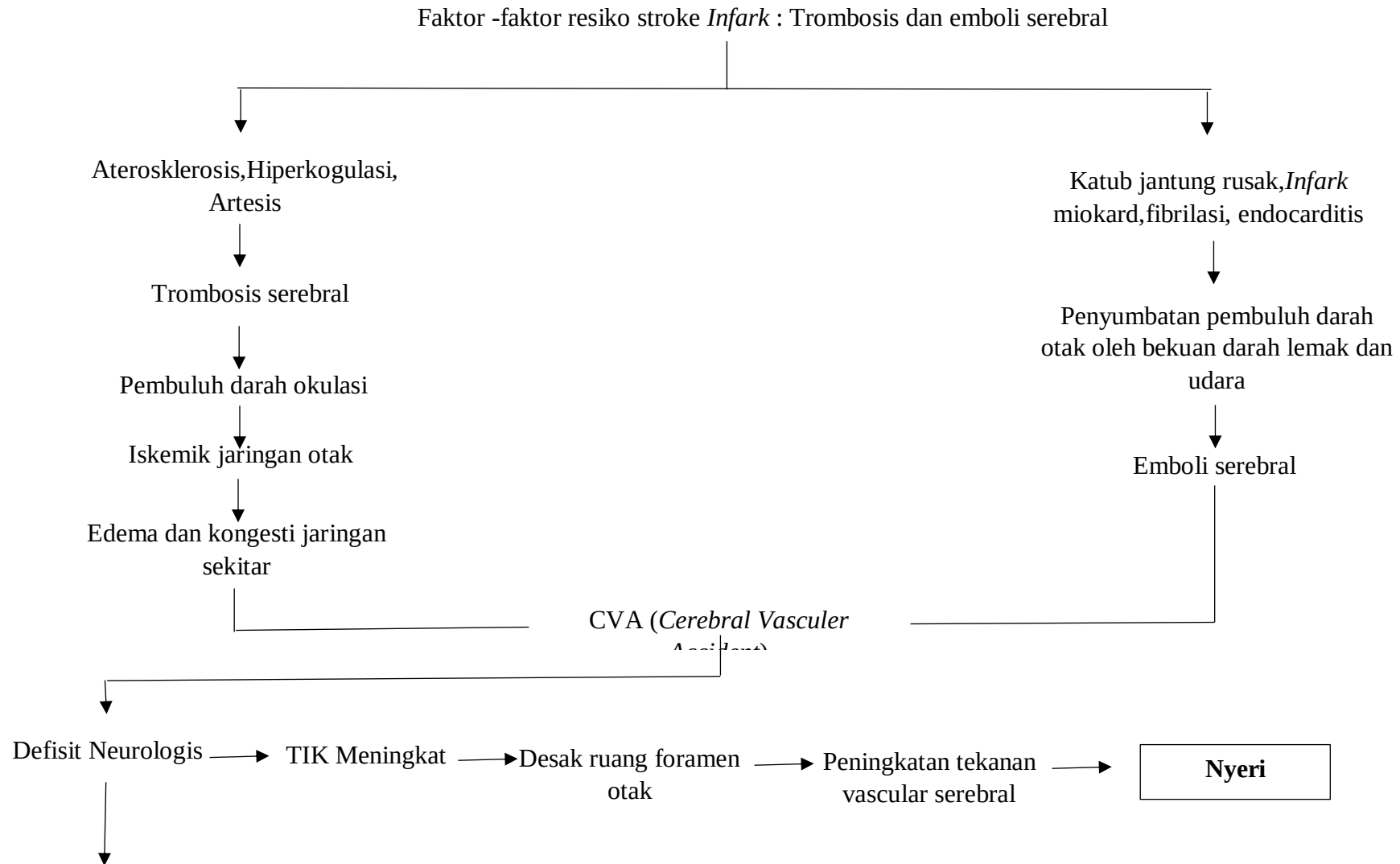
2.1.5 Komplikasi

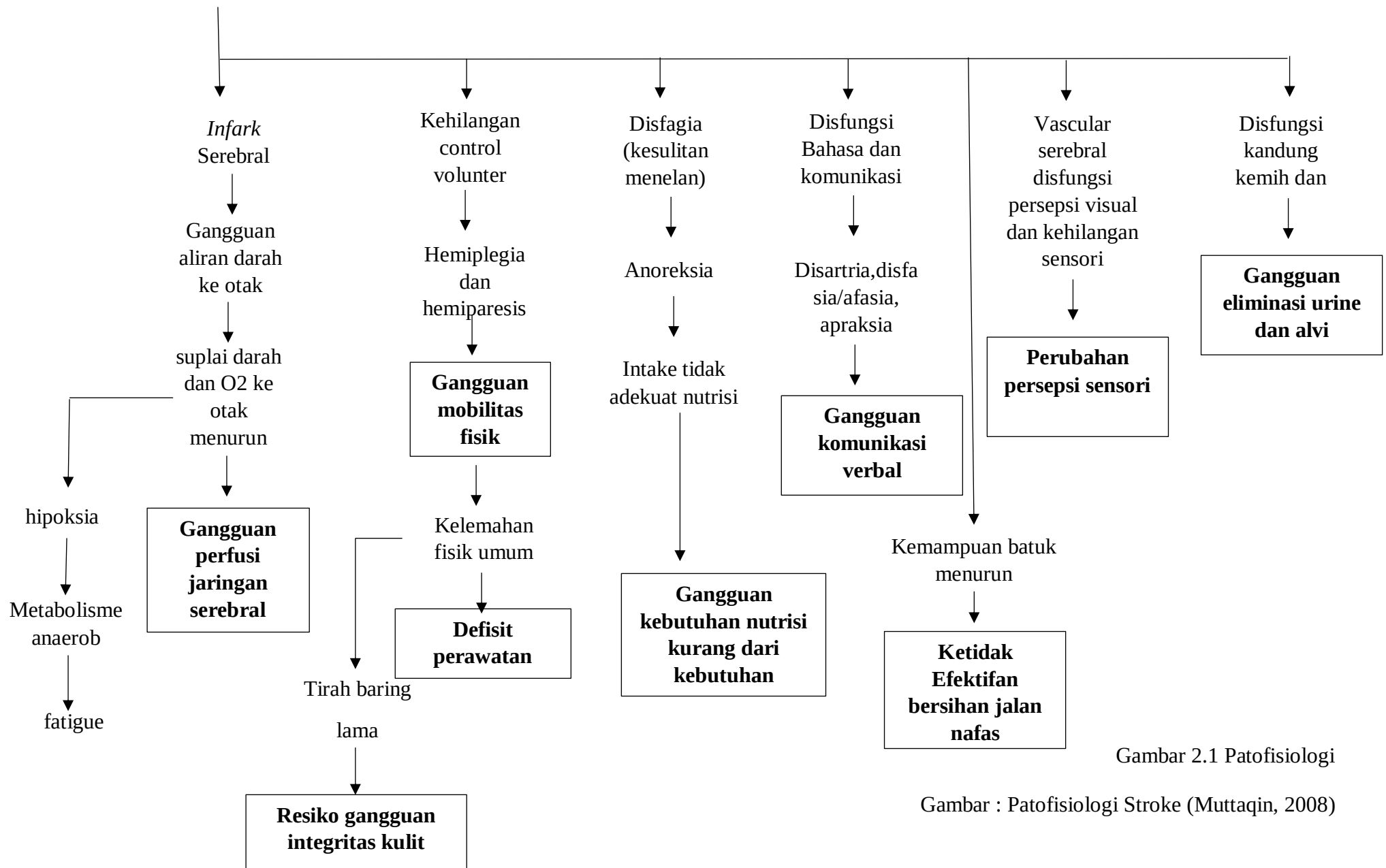
Menurut Sriwidyastuti (2020), stroke dapat mengakibatkan cacat sementara atau permanen, tergantung dari berapa lama otak kekurangan aliran darah dan daerah yang terserang. Sering juga muncul penyakit penyerta seperti diabetes melitus, kolesterol tinggi, gagal jantung dan gangguan pada fungsi ginjal. Komplikasi yang sering terjadi adalah :

- 1) Kelumpuhan atau kehilangan gerakan otot. Pasien dapat mengalami kelumpuhan di satu sisi tubuh atau kehilangan kendali atas otot tertentu.
- 2) Kesulitan menelan atau berbicara. Stroke dapat mempengaruhi otot-otot pada mulut dan tenggorokan sehingga sulit bagi pasien untuk dapat berbicara dengan jelas (Disatria), menelan (Disfagia), atau makan. Pasien mungkin juga akan mengalami kesulitan dengan bahasa (Afasia), termasuk berbicara, membaca, atau menulis.
- 3) Kehilangan memori atau kesulitan untuk berpikir. Banyak pasien yang terserang stroke juga mengalami hilang ingatan, selain itu pasien juga dapat mengalami kesulitan dalam berpikir, membuat penilaian dan memahami konsep.
- 4) Masalah emosional.
- 5) Rasa sakit, nyeri, mati rasa atau sensasi aneh yang dapat terjadi pada bagian tubuh yang terkena stroke.

- 6) Peningkatan TIK.
- 7) Atelektasis.
- 8) Kontraktur.
- 9) Disritmia jantung.
- 10) Malnutrisi.
- 11) Gagal napas.
- 12) Dekubitus.

2.1.6 Patofisiologi Stroke





Gambar 2.1 Patofisiologi

Gambar : Patofisiologi Stroke (Muttaqin, 2008)

2.1.7 Uraian Ptofisiologi

Dalam buku Muttaqin (2008), menjabarkan patofisiologi stroke sebagai berikut :

Faktor-faktor penyebab terjadinya *CVA Infark* diantaranya adanya trombosis dan emboli serebral. Trombus serebral dapat berasal dari plak arterosklerosis akibat pola hidup yang tidak sehat seperti mengonsumsi makanan yang mengandung kolesterol atau tinggi lemak yang lama kelamaan menebal pada dinding pembuluh darah yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah), edema dan kongesti jaringan di sekitar area. Sedangkan emboli disebabkan karena adanya udara, lemak ataupun bekuan darah yang terbawa oleh aliran darah dan berakibat penyumbatan pada pembuluh darah di otak. Kedua faktor tersebut dapat menimbulkan defisit neurologis (saraf-saraf) di otak. Diantaranya *Infark* serebral yang menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak menurun sehingga muncul gangguan perfusi jaringan serebral. Salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan vascular serebral dan menimbulkan nyeri kepala.

Pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan kontrol volunter atau kelemahan otot-otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan

kelumpuhan pada sisi tubuh tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan ataupun kaki. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah defisit perawatan diri, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity of Daily Living) pasien harus tirah baring lama sehingga muncul resiko gangguan integritas kulit. Kelemahan kontrol otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan bahasa, disfasia/afasia, disartria (kehilangan kemampuan bicara) sehingga muncul masalah kerusakan komunikasi verbal. Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap kemampuan untuk mengontrol batuk menjadi menurun mengakibatkan ketidak efektifan bersihan jalan nafas, selain itu kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan ataupun pengecap mengakibatkan gangguan perubahan persepsi sensori.

Pada saluran pencernaan atas mengalami kesulitan menelan atau disfagia sehingga menimbulkan anoreksia. Akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot sfingter sehingga menimbulkan masalah gangguan eliminasi urine.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada CVA (Cerebral Vaskular Accident) Infak dibagi menjadi 2, yaitu penatalaksanaan umum dan terapi obat-obatan (Tarwoto,2013). Pada penatalaksanaan umum dilakukan seperti:

- 1) Fase akut
 - a) Terapi cairan untuk mempertahankan sirkulasi dan tekanan darah
 - b) Terapi oksigen untuk mengurangi hipoksia dan mempertahankan metabolisme otak
 - c) Penatalaksanaan peningkatan intracranial untuk mengurangi edema serebri.
 - d) Monitor fungsi pernafasan melalui analisa gas darah
 - e) Monitor jantung dan tanda- tanda vital, pemeriksaan EKG.
 - f) Evaluasi status cairan dan elektrolit dengan pemberian antikonvulsi dan cegah resiko injuri.
 - g) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan
 - h) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan dan cegah risiko injuri.
 - i) Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan antikoagulan
 - j) Monitor tanda-tanda neurologi
- 2) Fase rehabilitasi
 - a) Program manajemen bladder dan bowel
 - b) Pertahankan nutrisi yang adekuat

- c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
- d) Pertahankan komunikasi yang efektif
- e) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- f) Persiapan pasien pulang.

Sedangkan pada terapi obat-obatan dilakukan yaitu :

- 1) Pemberian trombolisis rt-PA (recombinant tissue-plasminogen)
- 2) Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Tarwoto (2013), pemeriksaan penunjang untuk pasien CVA *Infark* yaitu meliputi:

- 1) Radiologi
 - a) Computerized Tomografi Scanning (CT Scan): mengetahui area *Infark*, edema, hematoma, struktur dan sistem ventrikuler otak
 - b) Magnetic Resonance (MRI): menunjukkan daerah yang mengalami *Infark*, hemoragik, malformasi arteriovena.
 - c) Elektro Encephalografi (EEG): mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

- d) Angiografi Serebral: membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau ruptur.
- e) Sinar X Tengkorak: mengetahui adanya klasifikasi karotis interna pada trombosis serebral.
- f) Pungsi Lumbal: menunjukkan adanya tekanan normal. Jika tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan perdarahan subarachnoid atau perdarahan intrakranial.
- g) Elektro Kardiogram: mengetahui adanya kelainan jantung yang juga menjadi faktor penyebab stroke.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan CVA *Infark*

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan. Pengkajian juga merupakan landasar proses keperawatan untuk mengenal masalah yang dialami oleh pasien agar dapat memberikan arah untuk melakukan proses keperawatan selanjutnya.

1) Pengumpulan data

Pengumpulan data merupakan kegiatan mengumpulkan informasi mengenai status kesehatan pasien yang menyeluruh mulai dari keadaan fisik, psikologis, sosial budaya, spiritual, kognitif, tingkat perkembangan, status ekonomi, kemampuan fungsi dan gaya hidup pasien.

a) Identitas pasien

Pengkajian identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor, register, serta diagnosa medis.

b) Keluhan utama

Keluhan utama merupakan gejala yang paling serius dirasakan pasien sehingga dibawa ke rumah sakit. Keluhan utama biasanya terjadi gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah, bicara pelo, selit berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik kejang, dan gangguan kesadaran (Tarwoto, 2013).

c) Riwayat penyakit sekarang

Serangan penyakit *CVA* sering terjadi secara mendadak pada saat pasien sedang melakukan aktivitas. Serangan tersebut biasanya nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadarkan diri, di samping itu gejala kelumpuhan setengah badan atau gangguan fungsi otak lain (Tarwoto, 2013).

d) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat penyakit hipertensi, diabetes melitus, jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, serta kegemukan (Tarwoto, 2013).

e) Riwayat penyakit keluarga

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

f) Pola psikososial

Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola *persepsi* dan konsep diri menunjukkan pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak *kooperatif*. Dalam pola penanganan, pasien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses pikir dan kesulitan berkomunikasi. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, pasien biasanya jarang melakukan ibadah *spiritual* karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

g) Pola Nutrisi

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah (Muttaqin, 2008)

h) Pola Eliminasi

Pada klien dengan stroke didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontensia urin dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus (Muttaqin, 2008).

i) Pola Aktivitas

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan *sensori* atau *paralise / hemiplegi*, mudah Lelah.

j) Pola Istirahat dan tidur

Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot (Tarwoto, 2013).

k) Riwayat Psikososial

Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pada pola *sensori* pasien mengalami gangguan penglihatan atau kekaburan pandangan, perabaan atau sentuhan menurun pada muka dan *ekstremitas* yang sakit. Pada pola *kognitif* biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Muttaqin, 2008). Nilai-nilai keyakinan pasien terhadap sesuatu dan menjadi *sugesti* yang amat kuat sehingga memengaruhi gaya hidup pasien, dan berdampak pada kesehatan pasien (Rohmah & Walid, 2009).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum : Pasien CVA umumnya akan mengalami kelemahan (*letargi*), nyeri kepala (*chealgia*), penurunan kesadaran (*apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma*), terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20 – 30 mmhg), peningkatan suhu ($> 37^{\circ}\text{C}$), nadi *takikardia*, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Muttaqin, 2008).

b) Pemeriksaan kepala : bentuk kepala *normocephalik*.

(1) Rambut : Umumnya tidak ada kelainan.

(2) Mata : Ketajaman penglihatan (*visus*) pada mata mengalami penurunan penglihatan (*rabun*).

(3) Hidung : Adanya gangguan pada penciuman. Ada pernafasan *cuping* hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.

(4) Telinga : Biasanya pendengaran ada *tinitus* (bunyi berdenging/berdesis pada telinga).

(5) Mulut : Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir *sianosis, disartria* (bicara cadel atau pelo), *Afasia* (kehilangan kemampuan berbicara), *disfasia* (gangguan berbicara), kelemahan lidah, *pharing* dan bibir.

c) Pemeriksaan leher

(1) Tidak terjadi pembengkakan tonsil

(2) Tidak terjadi pembengkakan kelenjar tyroid

(3) Tidak terjadi pembengkakan vena jugularis

d) Pemeriksaan Paru-Paru

(1) Inspeksi : pada pasien dengan tingkat kesadaran Compos Menti, pernapasannya tidak ada kelainan.

(2) Palpasi : didapatkan taltit vrementus seimbang kanan dan kiri.

(3) Perkusi : suara sonor.

(4) Auskultasi : pada pasien dengan tingkat kesadaran Compos Mentis tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada pasien dengan penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapat bunyi nafas tambahan seperti ronkhi(Muttaqin, 2008).

e) Pemeriksaan Jantung

(1) Inspeksi : ictus kordis tidak nampak.

(2) Palpasi : teraba Ictus cordis pada ICS V linea midclavicularis sinistra.

(3) Perkusi : suara jantung pekak.

(4) Auskultasi : irama jantung ireguler, terdengar suara jantung I dan II, murmur atau gallop.

f) Pemeriksaan abdomen

(1) Inspeksi perut membuncit atau datar.

(2) Auskultasi bising usus normalnya 5-35 x/menit (Hidayat, 2008). Pada pasien stroke didapatkan penurunan peristaltik

usus akibat bed rest yang lama, dan kadang terdapat kembung (Dongoes, 2000).

(3) Perkusi : suara perkusi yang normal adalah timpani, jika terdapat masa atau cairan akan menimbulkan suara pekak.

(4) Palpasi untuk mengetahui adanya nyeri tekan, massa, adanya pembesaran hepar dan limpa (Tambunan & Kasim, 2011).

g) Pemeriksaan inguinal, genetalia, anus

Terkadang pasien mengalami inkontensia atau retensi urin (Tarwoto, 2013).

h) Pemeriksaan Integument

Apabila pasien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Selain itu perlu juga dikaji adanya tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena pasien stroke harus bedrest selama 2-3 minggu (Ginting, 2015).

i) Pemeriksaan ekstermitas

Sering terdapat kelumpuhan pada sebagian bahkan seluruh tubuh.

j) Pemeriksaan *neurologis*

Ada 12 nervus cranial, diantaranya adalah :

(1) Nervus olfaktorius : Saraf sensorik untuk penciuman.

(2) Nervus optikus : Saraf sensorik untuk penglihatan.

- (3) Nervus okulomotoris : Saraf motorik untuk mengangkat kelopak mata ke atas, kontraksi pupil, dan sebagian gerakan ekstraokuler.
- (4) Nervus trochlearis : Saraf motorik untuk gerakan mata kebawah dan kedalam.
- (5) Nervus trigeminus : Saraf motorik untuk gerakan mengunyah, sensasi wajah, lidah dan gigi, refleks kornea dan refleks kedip.
- (6) Nervus abducent : Saraf motorik, deviasi mata ke lateral.
- (7) Nervus fasialis : Saraf motorik untuk ekspresi wajah.
- (8) Nervus vestibulocochlearis : Saraf sensorik untuk pendengaran dan keseimbangan.
- (9) Nervus glosfaringius : Saraf sensorik dan motorik untuk sensasi rasa.
- (10) Nervus vagus : Saraf sensorik dan motorik untuk refleks muntah dan menelan.
- (11) Nervus asesoris : Saraf motorik untuk menggerakkan bahu.
- (12) Nervus hipoglosal : Saraf motorik untuk gerakan lidah.

k) Pemeriksaan refleks

Pada fase reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari reflek fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis.

l) Pemeriksaan penunjang, diantaranya adalah :

- (1) Pemeriksaan radiologi atau rotgen kepala dan medulla spinalis.

- (2) MRI (Magnetic Resonance Imaging) : Untuk menunjukkan area yang mengalami *hemoragik*.
- (3) Pemeriksaan laboratorium darah.
- (4) Angiografi serebral : Untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler.
- (5) Pemeriksaan foto thorak : Untuk memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan tanda hipertensi kronis pada penderita *stroke*.
- (6) Lumbal Pungsi : Pemeriksaan likuor yang merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang pasif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal sewaktu hari pertama.

2.2.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan, atau kerentanan terhadap respons tersebut dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas (Herdman, 2018). Berikut diagnosa keperawatan pada pasien dengan CVA :

1) Gangguan perfusi jaringan serebral

Data subyektif :

- a) Pasien mengatakan sakit kepala
- b) Pasien mengatakan tidak mengingat apapun

Data obyektif :

- a) Perubahan tingkat kesadaran
 - b) Gangguan/ kehilangan memori
 - c) Nyeri kepala
 - d) Perubahan tanda-tanda vital
 - e) Muntah
 - f) Perubahan sensorik motorik
- 2) Gangguan mobilitas fisik (D.0054).

Penyebab:

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa 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
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensori persepsi

Data Subyektif : Pasien tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah

Data Obyektif :

- a) Pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan ADL (Activity Daily Live)
 - b) Kebutuhan ADL (Activity Daily Live) dibantu
 - c) Adanya hemiplegi/hemipareis
 - d) Tonus otot kurang
 - e) Kekuatan otot kurang
 - f) Atrofi, kontraktur
- 3) Gangguan persepsi sensori (D.0085)

Penyebab :

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan Penghiduan
- d) Gangguan Perabaan
- e) Hipoksia serebral
- f) Penyalahgunaan zat
- g) Usia lanjut

h) Pemajanan toksin lingkungan

Data Subyektif : pasien mengatakan penglihatannya kabur atau pendengarannya menurun

Data Obyektif :

a) Diplopia (gejala dimana pasien melihat dua tampilan dari satu obyek)

b) Pandangan kabur

c) Aphasia sensorik

d) Penurunan tingkat kesadaran

e) Disorientasi

f) Perubahan pola komunikasi

4) Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

Penyebab :

a) Penurunan sirkulasi serebal

b) Gangguan neuromuskuler

c) Gangguan pendengaran

d) Gangguan muskuloskeletal

e) Kelainan palatum

f) Hambatan fisik

g) Hambatan individu

h) Hambatan psikologis

i) Hambatan lingkungan

Data subyektif : Pasien mengatakan mengucapkan kata-kata untuk bicara sulit

Data obyektif :

- a) Tidak ada kontak mata
 - b) Tidak dapat bicara
 - c) Kesulitan menyusun kalimat
- 5) Gangguan eliminasi alvi (konstipasi)

Data subyektif : Pasien mengatakan sulit untuk BAB

Data obyektif :

- a) Feses keras
 - b) Defekasi kurang dari tiga minggu sekali
 - c) Menurunnya bising usus
 - d) Adanya keluhan pada rectum
 - e) Nyeri saat mengejan dan defekasi
 - f) Adanya perasaan masih ada sisa feses
- 6) Resiko gangguan nutrisi (D.0032)

Penyebab :

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

Data subyektif : Pasien mengatakan tidak nafsu makan

Data obyektif :

- a) Berat badan pasien menurun
- b) Adanya mual dan muntah

7) Defisit perawatan diri (D.0109)

Penyebab :

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

Data subyektif : Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas dengan mandiri

Data obyektif :

- a) Adanya kelemahan fisik
- b) Ketidak mampuan melakukan ADL

8) Resiko gangguan integritas kulit yang berhubungan dengan tirah baring lama.

Data subyektif :

- a) Pasien mengatakan badannya lemah
- b) Pasien mengatakan sulit untuk miring kanan dan miring kiri

Data obyektif :

- a) Pasien bed rest
- b) Pasien selalu tidur terlentang

9) Gangguan eliminasi urine (D.0040)

Penyebab :

- a) Penurunan kapasitas kandung kemih
- b) Iritasi kandung kemih

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

Data subyektif : Pasien mengatakan sulit untuk BAK

Data obyektif :

- a) Pasien terpasang catheter

2.2.3 Intervensi

- 1) Gangguan perfusi jaringan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan perfusi jaringan otak dapat tercapai secara optimal.

Kriteria hasil :

- a) pasien tidak gelisah
- b) tidak ada keluhan nyeri kepala, mual, kejang
- c) GCS 4/5/6
- d) Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan

Intervensi:

- a) Berikan penjelasan kepada keluarga pasien tentang sebab- sebab peningkatan TIK dan akibatnya.

Rasional : keluarga lebih berpartisipasi dalam proses penyembuhan

- b) Observasi dan catat tanda-tanda vital dan kelainan tekanan intracranial tiap dua jam

Rasional : mengetahui setiap perubahan yang terjadi pada pasien secara dini terapkan tindakan yang tepat.

- c) Berikan posisi kepala 15-30 dengan letak jantung

Rasional : mengurangi tekanan arteri dengan meningkatkan drainase vena dan memperbaiki sirkulasi serebral.

- d) Anjurkan pasien menghindari batuk dan mengejan berlebihan

Rasional: batuk dan mengejan dapat meningkatkan tekanan intracranial dan potensial terjadi perdarahan ulang.

- e) Ciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung

Rasional: istirahat total dan ketenangan mungkin diperlukan untuk pencegahan terhadap perdarahan dalam kasus CVA/ perdarahan lainnya.

- f) Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat neuroprotektor

Rasional: memperbaiki sel yang masih variabel.

- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparese / hemiplegia

Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan pasien mampu melakukan aktivitas fisik dengan kemampuannya.

Kriteria hasil : Tidak terjadi kontraktur sendi, bertambahnya kekuatan otot.

Intervensi:

- a) Ubah posisi pasien setiap 2 jam

Rasional: menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan akibat sirkulasi darah yang jelek pada daerah yang tertekan.

- b) Ajarkan pasien untuk melakukan latihan gerak aktif pada ekstremitas yang tidak aktif

Rasional :gerakan aktif memberikan massa, tonus dan kekuatan otot serta memperbaiki fungsi jantung dan pernapasan.

- c) Lakukan gerak pasif pada ekstremitas yang sakit

Rasional: otot volunter akan kehilangan tonus otot dan kekuatannya apabila tidak dilatih untuk digerakkan.

- d) Tinggikan kepala dan tangan

Rasional: meningkatkan aliran balik vena dan membantu mencegah terbentuknya edema

- e) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik lain

Rasional: program yang khusus dapat dikembangkan untuk menemukan kebutuhan yang berarti/menjaga kekurangan tersebut dalam keseimbangan.

- 3) Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan penurunan sensori penurunan penglihatan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu meningkatkan persepsi sensorik secara optimal

Kriteria hasil : Adanya perubahan kemampuan yang nyata, tidak terjadi disorientasi waktu, tempat, orang

Intervensi :

a) Tentukan kondisi patologis pasien Rasional: untuk mengetahui tipe dan lokasi yang mengalami gangguan

b) Latih pasien untuk melihat suatu obyek dengan telaten dan seksama

Rasional: agar pasien tidak kebingungan dan lebih berkonsentrasi

c) Berbicara dengan pasien secara tenang dan gunakan kalimat-kalimat pendek

Rasional: memfokuskan perhatian pasien, sehingga setiap masalah dapat di mengerti.

4) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah otak.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan proses komunikasi pasien dapat berfungsi secara optimal

Kriteria hasil : terciptanya suatu komunikasi pasien dapat berfungsi secara optimal, pasien mampu merespon setiap

berkomunikasi secara verbal maupun isyarat.

Intervensi:

a) Berikan metode alternative komunikasi

Rasional : memenuhi kebutuhan komunikasi sesuai dengan kemampuan pasien.

- b) Antisipasi setiap kebutuhan pasien saat berkomunikasi

Rasional : mencegah rasa putus asa dan ketergantungan pada orang lain

- c) Bicaralah dengan pasien secara pelan dan gunakan pertanyaan yang jawabanya “ya” atau “tidak”

Rasional :mengurangi kecemasan dan kebingungan pada saat berkomunikasi.

- d) Anjurkan kepada keluarga untuk tetap berkomunikasi dengan pasien

Rasional :mengurangi rasa isolasi sosial dan meningkatkan komunikasi yang efektif.

- e) Kolaborasi dengan fisioterapis untuk latihan wicara

Rasional : melatih pasien belajar berbicara secara mandiri dengan baik dan benar

- 5) Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan hemiparese / hemiplegi.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi

Kriteria hasil : pasien dapat melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan kemampuan pasien, pasien dapat mengidentifikasi sumber pribadi/komunitas untuk memberikan bantuan sesuai kebutuhan

Intervensi :

- a) Tentukan kemampuan dan tingkat kekurangan dalam melakukan perawatan diri

Rasional: membantu dalam mengantisipasi /merencanakan pemenuhan kebutuhan secara individual

- b) Beri motivasi pada pasien untuk tetap melakukan aktivitas dan beri bantuan dengan sikap sungguh

Rasional: meningkatkan harga diri dan semangat untuk berusaha terus menerus.

- c) Berikan umpan balik yang positif untuk setiap usaha yang dilakukannya atau keberhasilannya

Rasional: meningkatkan perasaan makna diri dan kemandirian serta mendorong pasien untuk berusaha secara kontinyu

- d) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi/okupasi

Rasional: memberikan bantuan untuk mengembangkan rencana terapi.

- 6) Resiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan otot mengunyah dan menelan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan nutrisi pasien sudah tidak terganggu

Kriteria hasil : BB dapat dipertahankan, Hb dan albumin dalam batas normal

Intervensi:

- a) Nilai kemampuan pasien untuk mengunyah, menelan

Rasional : menetapkan jenis makanan yang akan di berikan pada pasien

- b) Letakkan posisi kepala lebih tinggi pada waktu, selama dan sesudah makan

Rasional : pasien lebih mudah menelan karena gaya gravitasi.

- c) Letakkan makanan pada daerah mulut yang tidak terganggu

Rasional : memberikan stimulasi sensori yang dapat mencetuskan usaha untuk menelan dan meningkatkan masukan.

- d) Anjurkan pasien menggunakan sedotan meminum cairan

Rasional : menguatkan otot fasial dan otot menelan dan menurunkan resiko tersedak.

- e) Kolaborasi dengan tim dokter untuk emberikan cairan melalui IV atau makanan melalui selang.

Rasioanal : diperlukan untuk memberikan asupan makanan cairan pengganti.

- 7) Gangguan eliminasi alvi berhubungan dengan imobilisasi, intake cairan yang tidak adekuat.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien tidak mengalami konstipasi

Kriteria hasil: konsistensi feses lunak, tidak teraba masa pada kolon, bising usus normal (15-30 kali permenit)

Intervensi :

- a) Berikan penjelasan pada pasien dan keluarga tentang penyebab konstipasi.

- b) Rasional: pasien dan keluarga akan mengerti tentang penyebab obstipasi.
 - c) Auskultasi bising usus
 - d) Rasional: bising usus menandakan sifat aktivitas peristaltik.
 - e) Anjurkan pada pasien untuk makan makanan yang mengandung serat.
 - f) Rasional: diet seimbang tinggi kandungan serat merangsang peristaltik usus dan eliminasi reguler.
 - g) Lakukan mobilisasi sesuai dengan keadaan pasien.
 - h) Rasional: aktivitas fisik reguler membantu eliminasi dengan memperbaiki tonus otot abdomen dan merangsang nafsu makan dan peristaltik.
- 8) Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring yang lama.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu mempertahankan keutuhan kulit.

Kriteria hasil : Pasien mau berpartisipasi dalam pencegahan luka, tidak ada tanda-tanda kemerahan atau luka.

Intervensi :

- a) Anjurkan untuk melakukan latihan ROM dan mobilisasi
- b) Rasional: meningkatkan aliran darah kesemua daerah.
- c) Rubah posisi tiap 2 jam.
- d) Rasional : menghindari tekanan yang berlebihan dan meningkatkan aliran darah.

e) Jaga kebersihan kulit dan seminimal mungkin hindari trauma, panas terhadap kulit

f) Rasional: mempetahankan keutuhan kulit.

9) Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan kehilangan tonus kandung kemih.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu mengontrol eliminasi urinenya.

Kriteria hasil : pasien akan melaporkan penurunan atau hilangnya inkontinesia, tidak ada disstensi bladder.

Intervensi :

a) Identifikasi pola berkemih dan kembangkan jadwal berkemih sering.

b) Rasional: berkemih yaang sering dapat mengurangi dorongan dari distensi kandung kemih yang berlebih.

c) Ajarkan untuk membatasi masukan cairan selama malam hari

d) Rasional: membatasi cairan pada malam hari dapat mencegah terjadinya enuresis.

e) Ajarkan teknik untuk mmencetuskan refleks berkemih.

f) Rasional: melatih dan membantu pengosongan kandung kemih.

g) Bila masih terjadi inkontinensia, kurangi waktu antara berkemih pada jadwal yang telah direncanakan.

h) Rasional: kapasitas kandung kemih mungkin tidak cukup untuk menampung volume urine sehingga memerlukan untuk lebih sering berkemih.

2.2.4 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan relisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data dan berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, 2015).

Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2, yaitu :

a) Tindakan keperawatan mandiri

Tindakan yang dilakukan tanpa pesanan dokter. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan oleh perawat sendiri. Misalnya menciptakan lingkungan yang tenang.

b) Tindakan keperawatan kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat jika perawat bekerja dengan anggota perawatan lainnya dalam membuat keputusan bersama yang bertahan untuk mengatasi masalah pasien.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Rofifah, 2019). Tahapan evaluasi keperawatan terdiri

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

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