

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep dasar penyakit**

##### **2.1.1 Definisi**

Stroke iskemik adalah penyakit tidak menular yang terjadi di dalam otak karena pembuluh darah otak mengalami penyumbatan. Pembuluh darah yang membawa oksigen dan nutrisi ke otak tersumbat oleh gumpalan, akibatnya bagian dari otak tidak bisa mendapatkan darah dan oksigen yang dibutuhkan, sehingga membuat sel-sel otak mati. Hal ini menyebabkan bagian tubuh yang dikendalikan oleh otak tersebut tidak dapat berfungsi dengan baik karena tidak memperoleh nutrisi dan oksigen (Laiya and Anitasari 2022).

Stroke *iskemik/CVA Infark* adalah stroke yang disebabkan karena adanya hambatan atau sumbatan pada pembuluh darah otak tertentu sehingga daerah otak yang diperdarahi oleh pembuluh darah tersebut tidak mendapat pasokan energi dan oksigen, sehingga pada akhirnya jaringan sel-sel otak di daerah tersebut mati dan tidak berfungsi lagi (Bustan, 2015).

Dari definisi stroke diatas dapat disimpulkan bahwa CVA Infark merupakan penyakit tidak menular yang disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah di otak, menghalangi pasokan oksigen dan nutrisi. Akibatnya, sel-sel otak mati, dan bagian tubuh yang dikendalikan

otak tidak berfungsi dengan baik. Stroke iskemik terjadi karena sumbatan pada pembuluh darah tertentu.

### **2.1.2 Klasifikasi**

Menurut Tunik (2022), Stroke yang diderita setiap orang tidak selalu sama, tergantung dari penyebab yang menyebabkan gejala tersebut muncul. Beberapa klasifikasi stroke dapat dibedakan antara lain sebagai berikut:

#### **1) Menurut patologis dan gejala klinis**

##### **a) Stroke Hemoragik**

Stroke hemoragik artinya stroke karena perdarahan, terjadi akibat pembuluh darah yang pecah. Pecahnya pembuluh darah di otak menyebabkan aliran darah ke otak berkurang, dan sel-sel otak dapat mengalami kerusakan bahkan kematian karena kekurangan oksigen dan nutrisi. Darah yang keluar dari pembuluh darah yang pecah juga dapat merusak sel-sel otak yang ada disekitarnya. Stroke jenis ini lebih jarang dibandingkan stroke iskemik yaitu sekitar 20%, tetapi stroke hemoragik mempunyai efek yang lebih serius. Stroke hemoragi sering terjadi pada orang yang mengalami hipertensi karena hipertensi bisa menyebabkan kelemahan dinding pembuluh darah sehingga rapuh dan mudah pecah.

#### b) Stroke Non Hemoragik

Stroke nonhemoragik dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral. Stroke ini biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Stroke ini terjadi bila jaringan dan sel-sel otak mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi yang disebabkan adanya penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah. Pembuluh darah dapat mengalami penyempitan karena aterosklerosis, yakni pembuluh darah menjadi kaku dan elastisitas berkurang.

#### 2) Menurut perjalanan penyakit atau stadiumnya

##### a) TIA (Trans Iskemik Attack)

Gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.

##### b) Stroke involusi

Stroke yang terjadi masih terus berkembang dimana gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk. Proses dapat berjalan 24 jam atau beberapa hari.

c) Stroke komplit

Dimana gangguan neurologi yang timbul sudah menetap atau permanen. Sesuai dengan istilahnya stroke komplit dapat diawali oleh serangan TIA berulang.

### **2.1.3 Etiologi**

1) Thrombosis serebri terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemik jaringan otak yang menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah. Thrombosis serebri ini disebabkan karena adanya :

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

c) Aretresit : radang pada arteri

2) Emboli dapat terjadi Karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah cerebral oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Biasanya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebri. berikut keadaan – keadaan yang menimbulkan emboli :

- a) Penyakit jantung reumatik

- b) Infark miokard fibrilasi dan keadaan aritmia: dapat membentuk berupa gumpalan-gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emboli serebri.
- c) Endokarditis : menyebabkan gangguan pada endocardium
- 3) Iskemia yaitu penurunan aliran darah ke otak. iskemia dapat terjadi karena konstriksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak.
- 4) Hemoragic serebral yaitu pembuluh darah dengan pendarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. pasien dengan pendarahan akan mengalami penurunan nyata pada tingkat kesadaran dan dapat juga pasien menjadi stupor dan tidak responsive (Ovinda R, 2023).

#### **2.1.4 Manifestasi Klinis**

Gejala CVA dapat diingat lebih mudah dengan kata FAST.

Masing-masing terdiri dari singkatan gejalanya :

- 1) F atau Face (wajah).

Mintalah orang tersebut untuk tersenyum. Apakah ada sisi sebelah wajah yang tertinggal? Apakah wajah atau matanya terlihat jereng atau tidak simetris? Jika ya, orang tersebut mungkin saja sedang mengalami CVA.

- 2) A atau Arms (tangan).

Mintalah orang tersebut untuk mengangkat kedua tangan. Apakah ia mengalami kesulitan untuk mengangkat salah satu atau kedua tangannya? Apakah salah satu atau kedua tangannya dapat ditekuk?

### 3) S atau Speech (perkataan).

Mintalah orang tersebut untuk berbicara atau mengulangi suatu kalimat. Apakah bicaranya terdengar tidak jelas atau pelo? Apakah ia kesulitan atau tidak berbicara? Apakah ia memiliki kesulitan untuk memahami yang Anda katakan?

### 4) T atau Time (waktu).

Jika pasien memiliki seluruh gejala yang disebutkan di atas, orang tersebut mungkin mengalami CVA. Ingat, strok merupakan keadaan darurat. Anda harus segera membawa orang tersebut ke rumah sakit. Ingat juga untuk mencatat kapan orang tersebut mengalami gejalagejala tersebut.

Gejala CVA lainnya antara lain: pingsan, kehilangan kesadaran, kelumpuhan tiba-tiba wajah, tangan atau kaki, terutama pada sisi sebelah tubuh, Kesulitan melihat dengan salah satu atau kedua mata, Kesulitan berjalan, Gangguan koordinasi atau keseimbangan, Selain itu, CVA bisa menyebabkan depresi atau ketidak mampuan untuk mengendalikan emosi (Maria, 2021).

## 2.1.5 Tanda dan Gejala

Menurut Kemenkes RI tanda dan gejala dari stroke adalah SEGERA KE RS yang merupakan singkatan dari :

- 1) **Senyum** tidak simetris (mencong ke satu sisi), tersedak, sulit menelan air minum secara tiba-tiba.
- 2) **Gerak** separuh anggota tubuh melemah tiba-tiba.

- 3) bica**Ra** pelo / tiba-tiba tidak dapat bicara / tidak mengerti kata-kata / bicara tidak nyambung.
- 4) **Kebas** atau baal, atau kesemutan separuh tubuh.
- 5) **Rabun**, pandangan satu mata kabur, terjadi tiba-tiba.
- 6) Sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba dan tidak pernah dirasakan sebelumnya, Gangguan fungsi keseimbangan, seperti terasa berputar, gerakan sulit dikoordinasi (tremor / gemetar, sempoyongan). (RI 2020)

#### 2.1.6 Faktor Resiko

Faktor risiko adalah suatu faktor atau kondisi tertentu yang membuat seseorang rentan terhadap serangan stroke. Faktor risiko stroke umumnya dibagi menjadi 2 kelompok besar sebagai berikut (Junaidi I, 2019) :

Faktor risiko internal, yang tidak dapat dikontrol/diubah/dimodifikasi:

- 1) Umur: makin tua kejadian stroke makin tinggi.
- 2) Ras/suku bangsa: bangsa Afrika/Negro, Jepang, dan Cina lebih sering terkena stroke. Orang yang berwatak keras terbiasa cepat atau buru-buru, seperti orang Sumatra, Sulawesi, dan Madura rentan terserang stroke.
- 3) Jenis kelamin: laki-laki lebih berisiko dibanding wanita.
- 4) Riwayat keluarga (orang tua, saudara) yang pernah mengalami stroke da usia muda maka yang bersangkutan berisiko tinggi terkena stroke.

Faktor risiko eksternal, yang dapat dikontrol/diubah/dimodifikasi:

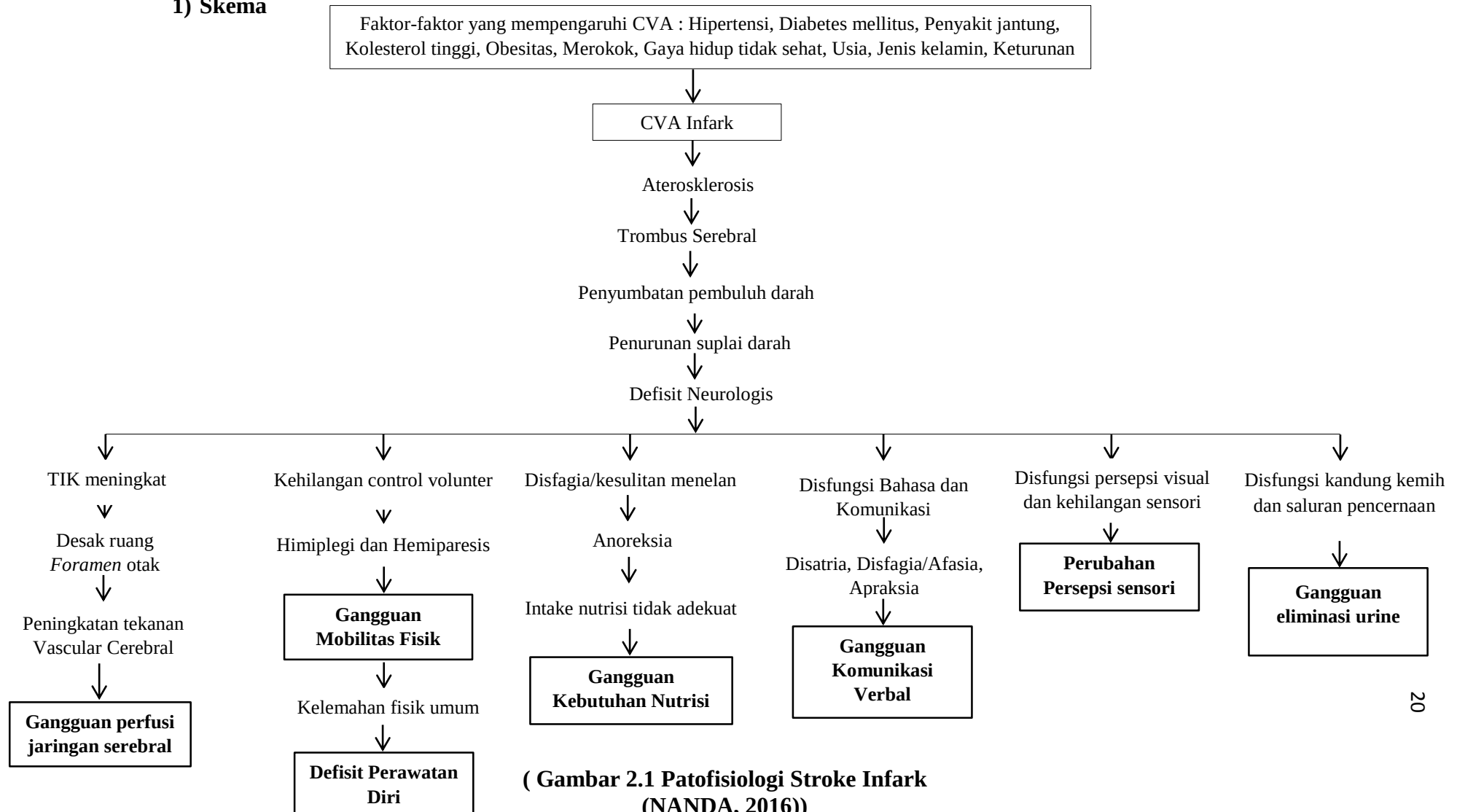
- 1) Hipertensi,
- 2) Diabetes melitus/kencing manis.
- 3) Transient ischemic attack (TIA) = serangan lumpuh sementara.
- 4) Fibrilasi atrial jantung.
- 5) Pascastroke. Mereka yang pernah terserang stroke.
- 6) Abnormalitas lemak: lipoprotein.
- 7) Fibrinogen tinggi dan perubahan hemoreologikal lain.
- 8) Perokok (utamanya rokok sigaret).
- 9) Peminum alkohol.
- 10) Hiperhomocysteinemia.
- 11) Infeksi virus dan bakteri.
- 12) Obat-obatan, misalnya obat kontrasepsi oral/pil KB.
- 13) Obesitas/kegemukan.
- 14) Kurang aktifitas fisik.
- 15) Hiperkolesterolemia.
- 16) Stres fisik dan mental.

Faktor internal yaitu faktor yang tidak dapat dikontrol atau diubah, seperti faktor keturunan, umur, jenis kelamin, dan etnis/ras. Faktor internal reaksi bagi setiap orang terhadap penyakit atau suatu kejadian responnya berbeda-beda sesuai bawaannya. Ada yang menghadapi suatu kejadian dengan emosi yang biasa-biasa saja tetapi ada pula yang bereaksi dengan sangat marah atau geramnya sehingga melakukan tindakan yang tak terduga. Faktor eksternal merupakan suatu faktor

risiko yang terjadi karena ulah manusianya. Faktor ini dapat diubah atau dikontrol melalui gaya hidup sehat.

## 2.1.7 Patofisiologi

### 1) Skema



## 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. 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 tersebut dapat menimbulkan *deficit neurologis* (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan *suplai* darah dan *oksigen* akibatnya TIK meningkat dan mendesak ruang *foramen* di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan *vascular serebral* sehingga muncul **gangguan perfusi jaringan serebral**. Pada daerah *ekstremitas* terjadi kehilangan control *volunteer* atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan *hemiplegi* dan *hemiparesis* sehingga munculnya masalah **gangguan mobilitas fisik** . Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah **defisit perawatan diri**. 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**. 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 bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot fonger sehingga menimbulkan masalah **gangguan eliminasi urine**.

#### 2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Wijaya & Putri (2019) dalam (Syamsuddin & Riyana (2023) penatalaksanaan stroke sebagai berikut Penatalaksanaan Umum

- 1) Posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Boleh dimulai mobilisasi bertahap bila hemodinamika stabil
- 2) Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigenasi 1-2 liter/menit bila ada hasil AGD
- 3) Kosongkan kandung kemih dengan kateter bila penuh
- 4) Kontrol tekanan dipertahankan normal darah
- 5) Suhu tubuh harus dipertahankan, apabila demam kompres dan berikan antipiretik sesuai indikasi
- 6) Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik bila terdapat gangguan menelan atau pasien yang keasadaran menurun

dianjurkan pasang NGT Mobilitas dan rehabilitas dini jika tidak ada kontra indikasi.

Penatalaksanaan Medis :

Trombolitik, Antiplatelet atau antitrombotik, Antikoagulan (Heparin), Hemorrhagea, Antagonis serotonin, Antagonis Calcium.

### **2.1.9 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang untuk pasien Stroke (Anonime, 2024) :

#### **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.

#### **2.1.10 Komplikasi CVA infark**

Stroke dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi, dan sebagian besar komplikasi tersebut berakibat fatal. Beberapa jenis komplikasi yang mungkin muncul, antara lain:

- 1) Deep vein thrombosis. Sebagian orang akan mengalami penggumpalan darah di tungkai yang mengalami kelumpuhan. Kondisi tersebut dikenal sebagai deep vein thrombosis. Kondisi ini terjadi akibat terhentinya gerakan otot tungkai, sehingga aliran di

dalam pembuluh darah vena tungkai terganggu. Hal ini meningkatkan risiko untuk terjadinya penggumpalan darah. Deep vein thrombosis dapat diobati dengan obat antikoagulan.

- 2) Sebagian pengidap CVA hemoragik dapat mengalami hidrocefalus, yaitu menumpuknya cairan otak di dalam rongga jauh di dalam otak (ventrikel). Dokter bedah saraf akan memasang sebuah selang ke dalam otak untuk membuang cairan yang menumpuk tersebut.
- 3) Kerusakan yang disebabkan oleh CVA dapat mengganggu refleks menelan, akibatnya makanan dan minuman berisiko masuk ke dalam saluran pernapasan. Masalah dalam menelan tersebut dikenal sebagai disfagia. Disfagia dapat menyebabkan pneumonia aspirasi. (Maria, 2021).

## **2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan CVA *Infark***

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis, berkesinambungan, yang meliputi tindakan yang mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok, baik yang aktual maupun yang potensial kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan (Polopandang & Hidayah, 2019).

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan yang sistematis, berurutan, berkelanjutan/berkesinambungan dimulai dari pengumpulan data, menentukan masalah keperawatan, menyusun desain rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan dan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan dan mengevaluasi keberhasilan. 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 keperawatan merupakan tahapan utama dari keseluruhan proses keperawatan yang tujuannya adalah mengumpulkan data pasien. Agar mampu mengidentifikasi masalah pasien, kebutuhan kesehatan dan keperawatan baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. (Sinulingga, 2019). Pengkajian yang harus dilakukan yaitu :

#### **1) Identitas Pasien**

Meliputi nama, umur, (umumnya terjadi pada usia tua), agama, jenis kelamin, pendidikan, alamat, jam masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosis medis.

## 2) Keluhan Utama

Biasanya keluhan yang didapatkan pada pasien stroke adalah kelemahan anggota gerak separuh badan, berbicara tidak lancar, ketidakmampuan berkomunikasi dan penurunan kesadaran.

## 3) Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung mendadak, terjadi pada saat pasien melakukan aktivitas, setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari dan tidak terjadi perdarahan. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lainnya

## 4) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan klien seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan alkohol (Tarwoto, 2013).

## 5) Riwayat Penyakit Keluarga

Pada pasien stroke biasanya mempunyai riwayat keluarga yang menderita diabetes melitus, hipertensi, atau adanya riwayat stroke pada keturunan sebelumnya. (Tarwoto, 2013).

## 6) Pola aktivitas sehari hari

### a) Pola Makan

Pada klien dengan CVA terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan disfagia dan kesulitan untuk menelan. Adanya Riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah ditandai dengan kesulitan menelan dan obesitas (Lestari et al, 2019).

### b) Minum

Apakah ada ketergantungan mengonsumsi obat, narkoba, minum yang mengandung alkohol.

### c) Pola eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus (Doenges, 2000).

### d) Pola aktivitas

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 Kebersihan

Pada penderita stroke dengan hemiplegi dan hemiparase akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan sibil dan oral hygiene (Tarwoto, 2013).

f) Pola hubungan dan peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara

g) Pola persepsi dan konsep diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif

h) Pola sensori dan kognitif

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan/kekaburan pandangan, perabaan/sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir. (Tarwoto, 2013).

7) Riwayat Psiko – Sosial – Spiritual

a) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran pasien, dan koma. merupakan indikator pertama status neurologis pasien. Berdasarkan tingkat kesadaran terdiri dari composmentis, apatis, latergi, delirium, samnolen dan nilai GCS 4-5-6 dengan memperhatikan respon membuka mata(1- 4), respon verbal (1-5), respon motorik (1-6) ( Tarwoto,2013).

b) Pola mekanisme koping

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi. (Doenges, 2000).

c) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh. (Doenges, 2000).

d) Riwayat 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 tata nilai dan kepercayaan, pasien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

8) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum : Biasanya klien CVA mengalami badan lemaah (letarge), nyeri kepala (cheplgia) , penurunan kesadaran (apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma). Terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30mmHg), peningkatan suhu>37 nadi

takikardi, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Tarwoto, 2013).

b) Tanda-tanda vital :

tekanan darah meningkat, denyut nadi tidak beraturan, pada beberapa kasus sering dijumpai adanya masalah bersihan jalan nafas pada sistem pernafasan dan tidak terdapat kenaikan suhu tubuh. ( Tarwoto,2013)

c) Pemeriksaan integument :

Apabila klien 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 klien stroke harus bedrest selama 2-3 minggu. ( Tarwoto,2013)

d) Kepala :

Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai, kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat operasi.

e) 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 makan terlihat tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi kelemahan dan saat diminta mengunyah pasien akan mengalami kesulitan dalam mengunyah. (Nindy, 2024).

f) Leher

Kaku kuduk jarang terjadi (Muttaqin, 2008).

g) Mata :

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan lobus temporal yang dapat menghambat serat saraf optic pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat ditemukan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran, penglihatan dan lapang pandang kurang pada sisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi paralisis pada sisi otot okularis yang sakit (Tarwoto, 2013).

h) Hidung:

Adanya gangguan pada penciuman. Ada pernafasan *cuping* hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung. (Aldilla, 2024).

i) Telinga :

Klien dengan stroke pada pemeriksaan telinga biasanya akan berdenging atau mengalami penurunan dalam pendengaran (Hidayat, 2021).

j) Mulut:

Adanya gangguan pengecap (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.

k) Dada/Thorak

(1) Pemeriksaan sistem pernafasan

- (a) Inspeksi : Amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung), Pemeriksaan dada frekuensi pernapasan
- (b) Palpasi : untuk menilai tactile fremitus
- (c) Perkusi : untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor.
- (d) Auskultasi : Auskultasi trakea suara yang didengar adalah bronchial, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah bronkovesikuler, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing

ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Doenges & Marilyn, 2000).

(2) Pemeriksaan jantung

- (a) Perkusi :pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak.
- (b) Auskultasi : mengetahui suara jantung pertama (S1) terdengar bunyi “lub”, suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi “dub” dan suara jantung tambahan (S3 dan S4). Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung.

(3) Abdomen

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan , nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas (Doenges & Marilyn, 2000)

(4) Pemeriksaan payudara

Umumnya tidak ada kelainan pada payudara pada pasien stroke (Doenges et al., 2022)

(5) Genetalia

Adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doengos & Marilyn, 2000)

(6) Ekstremitas

(a) Atas

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

(b) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, pada saat pemeriksaan bluedzensky 1 kiri pasien fleksi bluedzensky (+). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang reflek babinsky (+). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon reflek Caddok (+). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawa biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi reflek Openheim (+) dan pada saat betis di remas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa reflek Gordon (+). Pada saat

dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan reflek Patella (+).

(7) Pemeriksaan Neurologis

Adanya 12 nervus kranial, diantaranya adalah : (Muttaqin, 2008).

- (a) *Nervus Kranialis 1 Olfaktorius*: Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman
- (b) *Nervus Kranialis 2 Optikus*: Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang.
- (c) *Nervus Kranialis 3 Okulomotorius*: Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar.
- (d) *Nervus Kranialis 4 Troklearis*: Kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.
- (e) *Nervus Kranialis 5 Trigeminus*: klien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada klien koma ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka klien menutup kelopak mata.
- (f) *Nervus Kranialis 6 Abduksen*: Kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa

bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, etika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior.

- (g) *Nervus Kranialis 7 Fasialis*: Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis).
- (h) *Nervus Kranialis 8 Auditorius*: Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).
- (i) *Nervus Kranialis 9 Glossofarinkikus* dan *nervus Kranialis 10 Vagus*: Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glossofarinkius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko terjadinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian. Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan, nadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paruparu.

- (j) *Nervus Kranialis 11 Assesorius*: Gangguan pada nervus assesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapezius) dan otot leher (otot sternokleidomastoideus). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot trapezius dan otot sternokleidomastoideus terganggu.
- (k) *Nervus Kranialis 12 Hipoglossus*: Kerusakan nervus hipoglossus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglossus pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan membelok ke arah sisi yang sakit saat di julurkan. Saat istirahat lidah membelok ke sisi yang sehat di dalam mulut.

9) Tes diagnostik (Tarwoto,2013)

- a) Hasil rontgen kepala dan medulla
- b) Electro encephalografi

- c) Lumbal pungsi
- d) *Computerized Tomografi Scaning* (CT-Scan)
- e) Magnetic Resonance Imaging (MRI)
- f) Pemeriksaan laboratorium darah

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017).

Diagnosa yang akan muncul pada klien dengan CVA dengan menggunakan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu:

Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)

Factor resiko

- a) Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin parsial
- b) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- c) Aterosklerosis aorta
- d) Diseksi arteri
- e) Fibrilasi atrium
- f) Tumor otak
- g) Stenosis karotis
- h) Miksoma atrium

- i) Aneurisma serebri
  - j) Koagulopati (mis. anemia sel sabit)
  - k) Dilatasi kardiomiopati
  - l) Koagulasi intravaskuler diseminata
  - m) Embolisme
  - n) Cedera kepala
  - o) Hiperkolesteronemia
  - p) Hipertensi
  - q) Endokarditis infeksi
  - r) Katup prostetik mekanis
  - s) Stenosis mitral
  - t) Neoplasma otak
  - u) Infark miokard akut
  - v) Sindrom sick sinus
  - w) Penyalahgunaan zat
  - x) Terapi trombolitik
  - y) Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass)
- 1) 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 muskuloskeletal
- l) Gangguan neuromuskular
- m) Indeks masa tubuh diatas persentil 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

#### Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.1 (Gejala dan Tanda Mayor Gangguan Mobilitas Fisik)

| <i>Subjektif</i>                           | <i>Objektif</i>                                      |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas | 1) Kekuatan otot menurun<br>2) Rentang gerak ( ROM ) |

## Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.2 (Gejala dan Tanda Minor Gangguan Mobilitas Fisik)

| <i>Subjektif</i>               | <i>Objektif</i>                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1) Nyeri saat bergerak         | 1) Sendi kaku                  |
| 2) Enggan melakukan pergerakan | 2) Gerakan tidak terkoordinasi |
| 3) Merasa cemas saat bergerak  | 3) Gerakan terbatas            |
|                                | 4) Fisik lemah                 |

## 2) Defisit Perawatan Diri (D.0109)

## Penyebab

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

## Tanda dan Gejala Mayor

Tabel 2.3 (Gejala dan Tanda Mayor Defisit Perawatan Diri)

| <i>Subjektif</i>                    | <i>Objektif</i>                                                               |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Menolak melakukan perawatan diri | 1) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhiassecara mandiri |
|                                     | 2) Minat melakukan perawatan diri kurang                                      |

## Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.4 (Gejala dan Tanda Minor Defisit Perawatan Diri)

| <i>Subjektif</i> | <i>Objektif</i>  |
|------------------|------------------|
| (Tidak tersedia) | (Tidak tersedia) |

### 3) Defisit Nutrisi (D.0019)

#### Penyebab

- a) Kurangnya asupan makanan
- b) Ketidakmampuan menelan makanan
- c) Ketidakmampuan mencerna makanan
- d) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
- e) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- f) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak cukup)
- g) Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)

#### Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.5 (Gejala dan Tanda Mayor Defisit Nutrisi)

| <i>Subjektif</i> | <i>Objektif</i>                                          |
|------------------|----------------------------------------------------------|
| (tidak ada)      | 1) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal |

#### Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.6 (Gejala dan Tanda Minor Defisit Nutrisi)

| <i>Subjektif</i>               | <i>Objektif</i>           |
|--------------------------------|---------------------------|
| 1) Cepat kenyang setelah makan | 1) Bising usus hiperaktif |
| 2) Kram/nyeri abdomen          | 2) Otot pengunyah lemah   |
| 3) Nafsu makan menurun         | 3) Otot menelan lemah     |
|                                | 4) Membran mukosa pucat   |
|                                | 5) Sariawan               |
|                                | 6) Serum albumin turun    |
|                                | 7) Rambut rontok berlebih |
|                                | 8) Diare                  |

### 4) Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

#### Penyebab

- a) Penurunan sirkulasi serebral

- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan palatum
- f) Hambatan fisik (mis. terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidotomi)
- g) Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)
- h) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi).
- i) Hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)

#### Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.7 (Gejala dan Tanda Mayor Gangguan komunikasi verbal)

| <i>Subjektif</i> | <i>Objektif</i>                         |
|------------------|-----------------------------------------|
| (tidak ada)      | 3) Tidak mampu berbicara atau mendengar |
|                  | 4) Menunjukkan respon tidak sesuai      |

#### Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.8 (Gejala dan Tanda Minor Gangguan komunikasi verbal)

| <i>Subjektif</i> | <i>Objektif</i> |
|------------------|-----------------|
| (Tidak ada)      | 4) Afasia       |
|                  | 5) Disfasia     |
|                  | 6) Apraksia     |
|                  | 7) Disleksia    |
|                  | 8) Disartria    |
|                  | 9) Afonia       |
|                  | 10) Dislalia    |
|                  | 11) Pelo        |

- 
- 12) Gagap
  - 13) Tidak ada kontak mata
  - 14) Sulit memahami komunikasi
  - 15) Sulit mempertahankan komunikasi
  - 16) Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
  - 17) Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
  - 18) Sulit menyusun kalimat
  - 19) Disorientasi orang, ruang, waktu
  - 20) Defisit penglihatan
  - 21) Delusi
- 

#### 5) 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

##### Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.9 (Gejala dan Tanda Mayor Gangguan persepsi sensori)

| <i>Subjektif</i>                                                         | <i>Objektif</i>                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan                         | 1) Distorsi sensori                                                           |
| 2) Merasakan sesuatu melalui Indera perabaan, penciuman, atau pengecapan | 2) Respons tidak sesuai                                                       |
|                                                                          | 3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu |

---

## Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.10 (Gejala dan Tanda Minor Gangguan persepsi sensori)

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

## 6) 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 diagnostik (mis. operasi ginjal, operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan)
- e) Kelemahan otot pelvis
- f) Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. imobilisasi)
- g) Hambatan lingkungan
- h) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- i) Outlet kandung kemih tidak lengkap (mis. anomaly saluran kemih kongenital)
- j) Imaturitas

## Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.11 (Gejala dan Tanda Mayor Gangguan eliminasi urine)

| <i>Subjektif</i>              | <i>Objektif</i>                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| 1) Desakan berkemih (urgensi) | 1) Distensi kandung kemih            |
| 2) Urin menetes (dribbling)   | 2) Berkemih tidak tuntas (hesitancy) |
| 3) Sering buang air kecil     | 3) Volume residu urin meningkat      |
| 4) Nokturia                   |                                      |
| 5) Mengompol                  |                                      |
| 6) Enuresis                   |                                      |

## Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.12 (Gejala dan Tanda Minor Gangguan eliminasi urine)

| <i>Subjektif</i>        | <i>Objektif</i>         |
|-------------------------|-------------------------|
| <i>(Tidak tersedia)</i> | <i>(Tidak tersedia)</i> |

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa data dan diagnosa keperawatan (Suwignjo et al., 2022). Perencanaan ini dilakukan guna mempermudah perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien sesuai dengan diagnosa keperawatan (Juniarti et al., 2020). Menurut Standar Intervensi Indonesia (2018), intervensi dari diagnosa CVA diatas adalah :

#### 1) Diagnosa 1 :

Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)

a) Tujuan dan kriteria hasil

Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral kembali normal dengan

Kriteria Hasil : (L.02014)

- (1) Tingkat kesadaran meningkat (5)
- (2) Fungsi kognitif meningkat (5)
- (3) Sakit kepala menurun (5)
- (4) Gelisah menurun (5)
- (5) Kecemasan menurun (5)
- (6) Agitasi menurun (5)
- (7) Demam menurun (5)
- (8) Kesadaran membaik (5)
- (9) Nilai rata rata tekanan membaik (5)
- (10) Tekanan intrakranial menurun (5)
- (11) Tekanan darah sistolik membaik (5)
- (12) Tekanan darah diastolik membaik (5)
- (13) Reflek saraf membaik (5)

b) Rencana dan Tindakan

Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial. (I.06194)

Tindakan :

Observasi

- (1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

- (2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Ktekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
- (3) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)
- (4) Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu
- (5) Monitor PAWP, jika perlu
- (6) Monitor PAP, jika perlu
- (7) Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia
- (8) Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure)
- (9) Monitor gelombang ICP
- (10) Monitor status pernapasan
- (11) Monitor intake dan ouput cairan
- (12) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi)

#### Terapeutik

- (13) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- (14) Berikan posisi semi Fowler
- (15) Hindari manuver Valsava
- (16) Cegah terjadinya kejang
- (17) Hindari penggunaan PEEP
- (18) Hindari pemberian cairan IV hipotonik
- (19) Atur ventilator agar PaCO<sub>2</sub> optimal
- (20) Pertahankan suhu tubuh normal

Kolaborasi

(21) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu

(22) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu

(23) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

## **2) Diagnosa 2 :**

Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

### **a) Tujuan dan Kriteria Hasil**

Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien mampu meningkatkan gerakan fisik dari satu ekstremitas secara mandiri, dengan Kriteria Hasil : (L.05042)

(1) Pergerakan ekstremitas meningkat (5)

(2) Kekuatan otot meningkat (5)

(3) Rentang gerak (ROM) meningkat (5)

(4) Nyeri menurun (5)

(5) Kecemasan menurun (5)

(6) Kaku sendi menurun (5)

(7) Gerakan tidak terkoordinasi menurun (5)

(8) Gerakan Terbatas (5)

(9) Kelemahan fisik menurun (5)

### **b) Rencana dan Tindakan**

Dukungan Mobilisasi (1.05173)

Tindakan :

Observasi

- (1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- (2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- (3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- (4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

#### Terapeutik

- (5) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)
- (6) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- (7) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

#### Edukasi

- (8) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- (9) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- (10) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

### 3) Diagnosa 3 :

Defisit perawatan diri (D.0109)

#### a) Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : (L.11103)

- (1) Kemampuan mandi meningkat (5)
- (2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5)
- (3) Kemampuan makan meningkat (5)
- (4) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat (5)
- (5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5)
- (6) Minat melakukan perawatan diri meningkat (5)
- (7) Mempertahankan kebersihan diri meningkat (5)
- (8) Mempertahankan kebersihan mulut meningkat (5)

b) Rencana dan Tindakan

Dukungan perawatan diri (I.11348)

Tindakan :

Observasi

- (1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- (2) Monitor tingkat kemandirian
- (3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan

Terapeutik

- (4) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)
- (5) Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)

- (6) Campingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- (7) Fasililasi untuk menerima keadaan ketergantungan
- (8) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
- (9) Jadwalkan rutinitas perawatan diri

#### Edukasi

- (10) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

#### **4) Diagnosa 4 :**

Defisit nutrisi (D.0019)

##### a) Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : (L.03030)

- (1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat (5)
- (2) Kekuatan otot pengunyah meningkat (5)
- (3) Kekuatan otot menelan meningkat (5)
- (4) Serum Albumin meningkat (5)
- (5) Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat (5)
- (6) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat (5)
- (7) Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat (5)
- (8) Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat (5)

(9) Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat (5)

(10) Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat (5)

(11) Sikap terhadap makanan/ minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat (5)

(12) Perasaan cepat kenyang menurun (5)

(13) Nyeri abdomen menurun (5)

(14) Sariawan menurun (5)

(15) Rambut rontok menurun (5)

(16) Diare menurun (5)

(17) Berat badan membaik (5)

(18) Indeks masa tubuh (IMT) membaik (5)

(19) Frekuensi makan membaik (5)

(20) Nafsu makan membaik (5)

(21) Bising usus membaik (5)

(22) Tebal lipatan kulit trisep membaik (5)

b) Rencana dan Tindakan

Dukungan pengungkapan kebutuhan (I.09266)

Tindakan :

Observasi

(1) Identifikasi status nutrisi

(2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

(3) Identifikasi makanan yang disukai

- (4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- (5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- (6) Monitor asupan makanan
- (7) Monitor berat badan
- (8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

#### Terapeutik

- (9) Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu
- (10) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)
- (11) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- (12) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- (13) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- (14) Berikan suplemen makanan, jika perlu
- (15) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi

#### Edukasi

- (16) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- (17) Ajarkan diet yang diprogramkan

### 5) Diagnosa 5 :

Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

a) Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kemampuan berbicara membaik dengan kriteria hasil :

(L.13118)

- (1) Kemampuan berbicara meningkat (5)
- (2) Kemampuan mendengar meningkat (5)
- (3) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (5)
- (4) Kontak mata meningkat (5)
- (5) Pemahaman komunikasi membaik (5)
- (6) Afasia menurun (5)
- (7) Disfasia menurun (5)
- (8) Apraksia menurun (5)
- (9) Disleksia menurun (5)
- (10) Disatria menurun (5)
- (11) Dislalia menurun (5)
- (12) Pelo menurun (5)
- (13) Gagap menurun (5)
- (14) Respon perilaku membaik (5)

b) Rencana dan Tindakan

Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (I.13492)

Tindakan :

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) Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
- (4) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

#### Terapeutik

- (5) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)
- (6) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
- (7) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
- (8) Ulangi apa yang disampaikan pasien
- (9) Berikan dukungan psikologis
- (10) Gunakan juru bicara, jika perlu

#### Edukasi

- (11) Anjurkan berbicara perlahan

(12) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara

Kolaborasi

(13) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

#### **6) Diagnosa 6 :**

Gangguan persepsi sensori (D.0085)

##### **a) Tujuan dan Kriteria Hasil**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kemampuan persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil : (L.09083)

(1) Verbalisasi mendengar bisikan menurun (5)

(2) Verbalisasi melihat bayangan menurun (5)

(3) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun (5)

(4) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun (5)

(5) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun (5)

(6) Distorsi sensori menurun (5)

(7) Perilaku halusinasi menurun (5)

(8) Menarik diri menurun (5)

(9) Melamun menurun (5)

(10) Curiga menurun (5)

- (11) Mondar-mandir menurun (5)
- (12) Respon sesuai stimulus membaik (5)
- (13) Konsentrasi membaik (5)
- (14) Orientasi membaik (5)

b) Rencana dan Tindakan

Dukungan pengungkapan kebutuhan (I.09266)

Tindakan :

Observasi

- (1) Periksa gangguan komunikasi verbal (mis. Ketidakmampuan berbicara, kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal)

Terapeutik

- (2) Ciptakan lingkungan yang tenang
- (3) Hindari berbicara keras
- (4) Ajukan pertanyaan dengan jawaban singkat, dengan isyarat anggukan kepala jika mengalami kesulitan berbicara
- (5) Jadwalkan waktu istirahat sebelum waktu kunjungan dan sesi terapi wicara
- (6) Fasilitasi komunikasi dengan media (mis. pensil dan kertas komputer kartu kata)

Edukasi

- (7) Informasikan keluarga dan tenaga kesehatan lain teknik berkomunikasi, dan gunakan secara konsisten

- (8) Anjurkan keluarga dan staf mengajak bicara Meskipun tidak mampu berkomunikasi

## **7) Diagnosa 7 :**

Gangguan eliminasi urine (D.0040)

### **a) Tujuan dan Kriteria Hasil**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kemampuan melakukan eliminasi urine membaik dengan kriteria hasil : (L.04034)

- (1) Sensasi berkemih meningkat (5)
- (2) Desakan berkemih (urgensi) menurun (5)
- (3) Distensi kandung kemih menurun (5)
- (4) Berkemih tidak tuntas (hesitancy) menurun (5)
- (5) Volume residu urine menurun (5)
- (6) Urin menetes (dribbling) menurun (5)
- (7) Nokturia menurun (5)
- (8) Mengompol menurun (5)
- (9) Enuresis menurun (5)
- (10) Disuria menurun (5)
- (11) Anuria menurun (5)
- (12) Frekuensi BAK membaik (5)
- (13) Karakteristik urine membaik (5)

### **b) Rencana dan Tindakan**

Dukungan perawatan diri : BAB/BAK (L.11349)

Tindakan :

Observasi

- (1) Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia
- (2) Monitor integritas kulit pasien

Terapeutik

- (3) Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi
- (4) Dukungan penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara konsisten
- (5) Jaga privasi selama eliminasi
- (6) Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, Jika perlu
- (7) Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan
- (8) Latih BAK/BAB sesuai jadwal, Jika perlu
- (9) Sediakan alat bantu (mis. kateter eksternal, urinal), Jika perlu

Edukasi

- (10) Anjurkan BAK/ BAB secara rutin
- (11) Anjurkan ke kamar mandi atau toilet, Jika perlu.

#### **2.2.4 Implementasi**

Implementasi/pelaksanaan keperawatan adalah realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan,

mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. (Hadinata, D & Abdillah, 2022).

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, 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

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan. Dalam evaluasi, perawat menilai reaksi klien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang

menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima. (Hadinata, D & Abdillah, 2022).

SOAP merupakan singkatan dari *Subjective*, *Objective*, *Analysis*, dan *Planning*. Berikut penjelasannya: (Sulastien, H, 2021).

- 1) *Subjective* (subjektif), yakni segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien.
- 2) *Objective* (objektif), yakni data yang diobservasi dari hasil pemeriksaan oleh perawat atau tenaga kesehatan lain.
- 3) *Analysis* (analisis), yakni kesimpulan dari objektif dan subjektif.
- 4) *Planning* (perencanaan), yakni rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis.