

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep CVA

2.1.1 Definisi CVA

Cerebro Vascular Accident (CVA) atau Stroke sering disebut juga sebagai abnormalitas pada pembuluh darah di otak adalah kondisi di mana terjadinya penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah yang disebabkan oleh kurangnya atau terhentinya penyaluran darah ke otak sehingga mengakibatkan penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah dan sel-sel pada beberapa bagian otak yang mengalami kelumpuhan. (Valentine, 2023)

Stroke Menurut *World Health Organization (WHO)* adalah adanya tanda tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vascular (Amelia, 2019)

Cerebro Vascular Accident (CVA) atau biasa disebut dengan Stroke merupakan suatu kondisi kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak. Suatu sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif dan cepat, berupa deficit neurologis fokal atau global yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menimbulkan kematian (Kusuma, 2021).

Stroke adalah kumpulan gejala klinis berupa gangguan dalam sirkulasi darah kebagian otak yang menyebabkan gangguan perfusi baik lokal atau global yang terjadi secara mendadak, progresif dan cepat yang

umumnya menyebabkan hemiparalisis pada penderita stroke (susantri, 2020)

CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Iskemik* merupakan suatu keadaan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak yang umumnya terjadi serangan saat atau setelah bangun tidur. (Hariyanto.A,2015). CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Iskemik* merupakan kondisi kekurangan suplai darah ke otak yang disebabkan adanya thrombus atau emboli.

Berdasarkan definisi CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Iskemik* diatas dapat disimpulkan bahwa CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Iskemik* merupakan sebuah kondisi gangguan fungsi otak pada otak yang disebabkan oleh penurunan suplai darah dan oksigen ke otak yang disebabkan karena adanya thrombus dan emboli yang pada umumnya terjadi serangan secara mendadak pada saat atau setelah bangun tidur yang dapat mengakibatkan kematian karena penyumbatan pembuluh.

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi Stroke menurut (Hariyanto & sulistyowati, asuhan keperawatan cerebro vaskuler accident(CVA), 2015) dibagi menjadi 2 yaitu :

1. Stroke ditinjau berdasarkan patologi dan gejala klinik

a) Stroke *Hemoragic*

Pecahnya pembuluh darah otak pada subarakhnoid dan intraserebral, yang pada umumnya serangan lebih banyak terjadi ketika aktivitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi pada saat istirahat dan biasanya disertai dengan kesadaran Pasien yang menurun.

b) Stroke *Iskemik*

Stroke yang dapat disebabkan obstruksi total atau sebagian karena *iskemik*, *trombosis*, *emboli* atau penyempitan lumen arteri.

- Pada stroke iskemik terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak menurun. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau baru bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan, tetapi timbul edema sekunder.
- Trombosis : penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya *iskemik*.
- *Emboli* : emboli yang dapat berasal dari udara, tumor, lemak, dan bakteri yang ada pada saluran darah sehingga menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah otak.
- Penyempitan lumen arteri: bisa terjadi karena infeksi, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2. Stroke berdasarkan perjalanan penyakit

a) *TIA (Transien Iskemic Attack)*

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

b) Stroke Involusi

Kondisi stroke yang terjadi dalam perkembangannya mulai

dari ringan lama-kelamaan memburuk yang prosesnya berjalan dalam beberapa jam sampai beberapa hari.

c) Stroke Komplet

Kondisi stroke yang terjadi karena gangguan neurologi yang sudah menetap dan permanen. Pada umumnya diawali karena *Transien Iskemik Attack* yang berulang.

2.1.3 Etiologi

Etiologi berdasarkan klasifikasi stroke ada 2 yaitu :

1) Etiologi Stroke Hemoragik

Etiologi dari stroke Hemoragik meliputi Hipertensi berat dan Pecahnya aneurisma pembuluh darah otak (Hariyanto & Sulistyowati, Asuhan keperawatan Cerebro Vaskuler Accident (CVA), 2015)

2) Etiologi Stroke Iskemik

Etiologi dari stroke iskemik atau stroke non hemoragik ada 3 yaitu timbulnya Thrombosis, Timbulnya Emboli dan akibat kerusakan arteri.

Penjelasan etiologi tersebut yaitu sebagai berikut :

a. Timbulnya Thrombosis

Trombosis merupakan pembentukan plak pada pembuluh darah yang disebabkan karena tingginya kadar lemak dalam darah.

b. Timbulnya Emboli

Emboli merupakan plak yang lepas dari pelekatan dinding pembuluh darah mengalir mengikuti aliran darah. Emboli dapat menyebabkan sumbatan di pembuluh darah yang menyebabkan hambatan aliran darah.

- c. Akibat kerusakan arteri yaitu : Usia, Hipertensi, DM Pembuluh darah mengalami degeratif seiring bertambahnya usia seseorang. Hipertensi dan DM menyebabkan dinding pembuluh darah mengalami pengerasan sehingga tidak elastis lagi ketika harus berkompensasi terhadap perubahan tekanan darah.

2.1.4 Faktor Resiko

Faktor resiko dari CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Iskemik* Menurut Auryn, Virzara (2020) ada factor resiko mayor dan factor resiko minor. Faktor risiko mayor (Faktor dominan) biasanya merupakan penyakit dan gangguan lain yang memang sudah bersarang di tubuh penderita CVA. Factor minor tersebut meliputi :

- 1) Hipertensi (Tekanan darah tinggi)
- 2) Penyakit jantung
- 3) Sudah ada manifestasi *aterosklerosis* secara klinis (gejala-gejala pengerasan pembuluh darah), gangguan pembuluh darah koroner, gangguan pembuluh darah karotis, klaudikasio intermiten (nyeri yang hilang timbul), denyut nadi perifer tidak ada, dan lain-lain.
- 4) Diabetes melitus (kencing manis)
- 5) Polisitemia (banyak sel-sel darah)
- 6) Pernah terserang CVA (*Cerebro Vascular Accident*).
- 7) *Hiperlipidemia* (peningkatan kadar lipid dalam darah).
- 8) Tingginya sel darah merah
- 9) Gangguan pembuluh darah

10) Penyakit pada katup jantung atau otot jantung yang disebut *endocarditis*

11) Mengerasnya pembuluh arteri (*aterosklerosis*, atau penumpukan kolesterol pada dinding arteri)

12) Ketidaknormalan irama jantung seperti atrial *fibrillation*

Beberapa faktor penyebab stroke menurut Nurarif dan Kusuma (2015)

1) Faktor yang tidak dapat dirubah (*Non Reversible*)

a) Jenis kelamin : Pria lebih sering ditemukan menderita stroke dibandingkan wanita.

b) Usia : makin tinggi usia makin tinggi pula resiko terkena stroke karena berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah.

c) Keturunan : adanya riwayat keluarga yang terkena stroke.

2) Faktor yang dapat dirubah (*Reversible*)

a. Hipertensi

b. Penyakit jantung

c. Kolesterol tinggi

d. Obesitas

e. Diabetes Melitus

f. Polisitemia

g. Stress emosional

3) Kebiasaan hidup

a. Merokok

b. Peminum alcohol

c. Obat-obatan terlarang

Aktivitas yang tidak sehat : kurang olahraga, makanan yang berkolesterol

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut (Pratiwi, 2022) manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Berikut gejala klinis pada stroke:

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparise) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan ini terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal yang bersifat kontralateral, artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka terjadi kelumpuhan otot sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot vulenter dan sensorik sehingga tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.
2. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.
Gangguan ini terjadi akibat adanya kerusakan pada system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.
3. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolic otak akibat hipoksia.
4. *Afasia* (kesulitan dalam bicara)
Afasia terjadi jika ada kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri. Afasia terbagi menjadi 3, yaitu:

a) *Afasia Motorik atau ekspresif*

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

b) *Afasia Sensorik*

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

c) *Afasia Global*

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

5. *Disatria* (bicara cedal atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Tetapi Pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca.

6. Gangguan penglihatan, *diplopia*

Pasien dapat kehilangan penglihatan, pandangan menjadi ganda dan juga gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena adanya kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang

dapat menghambat serat saraf optic pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena adanya kerusakan pada saraf cranial III,IV dan VI.

7. Disfagia

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

8. *Inkontinensia*

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

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

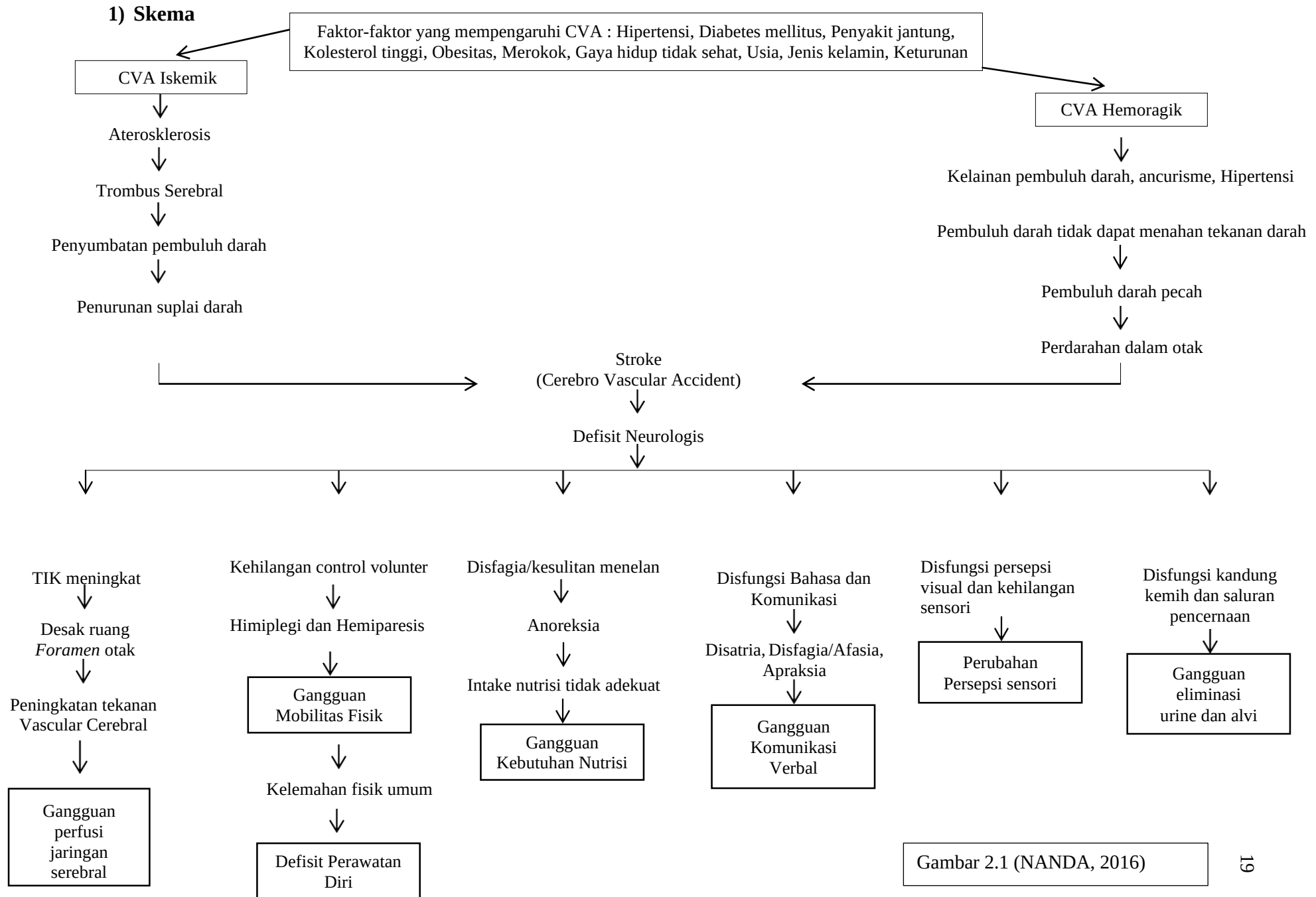
Tabel 2.1 Tingkat Kesadaran Berdasarkan Kualitatif

Compos Mentis	Keadaan Pasien dalam sadar
<i>Apatis</i>	Keadaan Pasien yang segan terhadap lingkungan, acuh tak acuh.
<i>Letargi</i>	Keadaan sadar tapi lesu dan mengantuk
<i>Delirium</i>	Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotor gelisah.
<i>Somnolen</i>	Keadaan Pasien dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri tetapi kembali tidur.
<i>Sopor</i>	Keadaan mirip koma, tidak dapat dibangunkan kecuali dengan rangsangan nyeri.
<i>Koma</i>	Keadaan kesadaran yang hilang dengan rangsangan apapun tidak akan timbul.

Tabel 2.2 Tingkat Kekuatan Otot

Skala	Ciri-Ciri
0	Otot sama sekali tidak mampu bergerak, berkontraksipun tidak, bila dilepaskan lengan dan tungkai akan jatuh, 100% pasif.
1	Tampak kontraksi atau ada sedikit gerakan dan ada tahanan sewaktu jatuh
2	Mampu menahan <i>gravitasi</i> saja, tapi dengan sentuhan akan jatuh
3	Dapat menahan tegak, tetapi tidak mampu melawan tekanan/dorongan dari pemeriksa
4	Gerakan normal penuh, menantang gravitasi dengan sedikit pertahanan (kekuatan kurang)
5	Kekuatan otot penuh

2.1.6 Patofisiologi (skema, uraian)



b. Uraian

Faktor yang mempengaruhi terjadinya CVA (Cerebro Vascular Accident) yaitu Hipertensi, Diabetes mellitus, Penyakit jantung, , Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan. CVA ada dua jenis yaitu CVA iskemik dan CVA Hemoragic Faktor terjadinya CVA iskemik yaitu penumpukan lemak, kolesterol di dinding pembuluh darah (aterosklerosis) yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah), Faktor terjadinya CVA hemoragik yaitu kelainan pembuluh darah, aneurisme, hipertensi yang dapat mengakibatkan pembuluhdarah tidak bisa menahan tekanan darah sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah yang berakibat terjadinya perdarahan dan Aliran darah ke otak menurun yang mengakibatkan sel-sel di dalam otak mati. Kedua factor tersebut dapat menimbulkan deficit neurologis (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen sehingga muncul resiko gangguan perfusi jaringan serebral. Salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan vascular serebral dan menimbulkan nyeri kepala. Pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan control volunter atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada pada sisi otak yang

berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tubuh tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan ataupun kaki. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah deficit perawatan diri, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity of Daily Living). 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 perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan gangguan perbuahan persepsi sensori. Pada saluran pencernaan atas Pasien 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 (NANDA, 2016).

2.1.7 Komplikasi

Menurut (Hariyanto A. , Asuhan Keperawatan Cerebro Vaskular Accident (CVA), 2015) komplikasi yang mungkin terjadi :

1. Peningkatan tekanan intrakranial.
2. Disritmia jantung.
3. Kontraktur.

4. Imobilisasi yang dapat menyebabkan infeksi pernafasan, dicubitus, dan konstipasi.
5. Paralisis yang dapat menyebabkan nyeri kronis risiko jatuh, atrofi.
6. Kejang akibat kerusakan atau gangguan pada listrik otak
7. Nyeri kepala kronis seperti migrain
8. Malnutrisi

Selanjutnya komplikasi menurut Muttaqin (2008) setelah mengalami stroke Pasien akan mengalami beberapa hal komplikasi lain yang dapat dikelompokkan berdasarkan berikut ini :

- 1) Dalam hal mobilisasi : infeksi pernafasan, nyeri tekan, konstipasi.
- 2) Dalam hal paralisis : nyeri pada daerah punggung, dislokasi sendi, deformitas, dan terjatuh.

Sedangkan menurut Menurut (Salsabila & Pratiwi, 2024) komplikasi dari stroke sebagai berikut :

- 1) Dini (0-48 jam pertama) Edema serebri, defisit neurologis cenderung memberat dapat meningkatkan TIK (Tekanan Intra Kranial) dan dapat menimbulkan kematian.
- 2) Jangka pendek (1-14 hari)
 - a) Pneumoni akibat imobilisasi lama
 - b) Infark miokard
 - c) Emboli paru cenderung terjadi 7-14 hari pasca stroke, sering terjadi saat penderita mulai mobilisasi.

- 3) Jangka panjang (>14 hari)
 - a) Infark miokard
 - b) Gangguan vascular, penyakit vascular perifer

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang CVA (*Cerebro Vascular Accident*) menurut (Hariyanto & Sulistyowati, Asuhan Keperawatan Cerebro Vaskular accident, 2015) yaitu meliputi:

- 1) *MRI (Magnetig Resonance Imaging)* menunjukkan daerah yang mengalami infark atau hemoragik.
- 2) *CT Scan (Computerized Tomografi Scaning)* mengetahui area infark, edema, hematoma, dan struktur otak.
- 3) *EEG (Elektro Encephalografi)* mengidentifikasi masalah. berdasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- 4) *Angiografi Serebral*: mendiagnosis penyebab stroke, obstruksi arteri, menunjukkan titik oklusi atau repture.
- 5) *ECG (Elektro Kardiogram)* mengetahui kelainan jantung yang menjadi penyebab stroke.
- 6) Pemeriksaan darah lengkap Hb, Leukosit, Trombosit, LED, dan eritrosit
- 7) Pemeriksaan darah sewaktu
- 8) Kolesterol, lipid
- 9) Asam urat, elektrolit.

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) menurut (Hariyanto, 2015) :

- a. Pemberian dan pemantauan terapi cairan sesuai indikasi
- b. Pemberian diet untuk nutrisi
- c. Terapi oksigen
- d. Medika mentosa terkait peningkatan TIK
- e. Rehabilitasi medik
- f. Pembedahan jika dibutuhkan yang biasanya dilakukan apabila pendarahan serebrum berdiameter lebih dari 3 cm atau volume perdarahan 50 ml.

Penatalaksanaan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) menurut (Wahyudin & Nur Dwi Ningsih, 2023) :

1) Penatalaksanaan Umum :

a) Pada fase akut

- (1). Terapi cairan, pada fase akut CVA (*Cerebro Vascular Accident*) beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah.
- (2). Terapi oksigen, Pasien CVA iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga

kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah oksimetri.

- (3). Penatalaksanaan peningkatan intrakranial Peningkatan tekanan intrakranial biasanya disebabkan karena edema serebri oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, kontrol atau pengendalian tekanan darah.
- (4). Monitor fungsi pernapasan : Analisa Gas Darah
- (5). Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.
- (6). Evaluasi status cairan dan elektrolit
- (7). Kontrol kejang jika ada dengan anti konvulsan, dan cegah resiko injuri.
- (8). Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.
- (9). Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan anti koagulan.

- (10). Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan refleks.

a) Fase rehabilitasi

- (1). Pertahankan nutrisi yang adekuat
- (2). Program manajemen bladder dan bowel
- (3). Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
- (4). Pertahankan integritas kulit
- (5). Pertahankan komunikasi yang efektif
- (6). Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- (7). Persiapan Pasien pulang

2) Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 untuk dikompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo-perionetal bila ada hidrocefalus obstruktif akut.

3) Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis CVA (*Cerebro Vascular Accident*)

a) CVA iskemik

- (1). Pemberian trombolisis dengan rt-PA (recombinan tissueplasminogen)

(2). Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfabet, kaptopril antagonis kalsium pada Pasien dengan hipertensi.

b) CVA hemoragik

(1) Anti hipertensi: kaptopril, antagonis kalsium

(2) Diuretik: manitol 20 % , furosmide

(3) Antikonfalsan: fenitoin

4) Penatalaksanaan Non Farmakologis

a. Latihan *ROM Aktif*

ROM aktif merupakan gerak isotonic (terjadi kontraksi dari pergerakan otot) yang dilakukan Pasien dengan menggerakkan masing-masing persendianya sesuai dengan rentang gerakan yang normal.

b. Latihan *ROM Pasif*

ROM pasif merupakan latihan pergerakan perawat atau petugas lain yang menggerakkan persendian Pasien sesuai dengan rentang geraknya.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan yang sistematis, berurutan, berkelanjutan dimulai dari pengumpulan data, menentukan masalah keperawatan, menyusun desain rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan dan menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan dan mengevaluasi keberhasilan. Proses keperawatan merupakan metode yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada Pasien. Sasaran asuhan dapat individu, kelompok, keluarga, masyarakat, baik sehat maupun sakit (Rahman, 2020).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari Pasien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada.

1. Pengumpulan Data

a) Identitas Pasien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan MRS, nomor register, dan diagnosis medis (Tartowo, 2013).

b) Keluhan Utama

Sering menjadi alasan Pasien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat

berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang dan penurunan tingkat kesadaran (Tartowo,2013).

c) Riwayat penyakit sekarang

CVA (*Cerebro Vascular Accident*) berlangsung sangat mendadak, pada saat Pasien sedang melakukan aktivitas ataupun sedang beristirahat. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.(Tarwoto,2013).

d) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat CVA (*Cerebro Vascular Accident*) sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan anti kougulan, aspirin, vasodilatator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. (Parwati & Indah, 2022)

e) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun *Diabetes Mellitus* (DM) (Tarwoto,2013).

f) Riwayat Psikososial

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 interaksi dan komunikasi

Biasanya klien tidak mampu menjawab pertanyaan dari perawat ataupun petugas medis lain karena gangguan disatria (pelo, cedal), disfonia (serak, bindeng), afasia (gangguan berbahasa), aleksia (kehilangan kemampuan membaca sebelumnya. (Anggraeni, 2023)

c) Orientasi

Mengaitkan keadaan sekitar dengan pengalaman lampau. Tanya orientasi tempat, aktu, orang dan situasi. Siapa namanya?, hari apa sekarang? Jam berapa? Sekarang berada dimana, siapa yang menunggu sekarang?(Tarwoto,2013).

d) Memori

Dalam memori di klafisikasikan menjadi memori segera, memori jangka pendek, memori jangka panjang. Memori segera menyebutkan angka dan pasien mengulangnya. Tes memori jangka pendek berupa verbal dan visual. Memori jangka panjang menanyakan data pribadi pasien. (Tarwoto,2013).

e) Suasana hati atau mood

Mengkaji suasana hati dengan dilihat dari ekspresi wajah dan

perilaku pasien mestinya sedih, datar atau sebaliknya (Tarwoto, 2013)

g) 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

Pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) hemoragik biasanya didapatkan pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi, bagaimana eliminasi BAK apakah ada kesulitan, warna, bau, berapa jumlahnya, karena pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) mungkin mengalami *inkontinensia urine* sementara karena *konfusi*, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. (Pangestu, 2023)

d) Pola Aktifitas

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) Personal hygiene

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

f) Pola seksualitas atau reproduksi

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

g) Pola hubungan dan peran

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

h) Pola persepsi dan konsep diri

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

i) 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.

h) 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 20-30 mmHg), peningkatan suhu ($>37^{\circ}\text{C}$), 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 kepala dan leher

1) Kepala

Mengetahui bagaimana penyebaran rambut, alopesia, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma yang

dapat diindikasikan adanya trauma kepala. Biasanya terdapat nyeri tekan yang bisa diindikasikan pada tekanan intrakranial (Tarwoto, 2013).

2) Wajah

Terdapat hemiparesis/hemiplegia, wajah mencong ke arah salah satu sisi, wajah pucat. Biasanya tidak terdapat nyeri tekan. (Tunik, 2022)

3) Telinga

Biasanya daun pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging atau berdesis pada telinga) (Tarwoto, 2013).

4) Mata

Biasanya konjungtiva pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan yang diakibatkan kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil anisokor 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. (Esa, 2020)

5) Mulut atau faring

Biasanya mulut mencong ke salah satu wajah dan penurunan koordinasi gerakan mengunyah akibat paralisis saraf

Trigeminus (Saraf V), gangguan saraf IX dan X yang mengakibatkan kurang baiknya kemampuan menelan dan kesulitan membuka mulut terdapat sianosis akibat penurunan suplai oksigen. Kebersihan rongga mulut dan gigi terganggu karena kelemahan fisik yang mengakibatkan klien kesulitan dalam membersihkan secara mandiri, distatritia, afasia (Tarwoto,2013)

6) Pemeriksaan leher

Jarang terjadi kaku kuduk, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat pembesaran kelenjaran tyroid, tidak terdapat pembesaran vena jugularis raba adanya pembesaran kelenjar tyroid. (Tarwoto,2013)

d) Pemeriksaan Thorax

(1). Paru-paru

Bentuk thoraks biasanya normal atau adalah kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung), pemeriksaan dada frekuensi pernapasan, biasanya bunyi normal (sonor) Auskultasi trakea suara yang didengar adalah bronchial, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah bronkovesikuler, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan

suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Tarwoto,2013)

(2). Jantung

Suara jantung pada pasien biasanya normal (pekak). Biasanya ictus cordis teraba, 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. (Tarwoto,2013)

e) Pemeriksaan abdomen

Biasanya perut datar, terdapat penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama, tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan. (Tarwoto,2013)

f) Pemeriksaan intregumen

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)

g) Pemeriksaan Ekstremitas

Pada pasien stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisis atau

hemiparase, mengalami kelemahan otot (Tarwoto, 2013).

h) Pemeriksaan genetalia

Pada klien dengan CVA didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urin, anuria, distansi abdomen (distansi kemih berlebih) (Doengoes, 2000).

i) Pemeriksaan neurologis

Ada 12 nervus cranial, diantaranya adalah:

- 1) *Nervus I (Olfaktorius)* : terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, terkadang ada yang dapat menyebutkan bau yang diberikan perawat, namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda
- 2) *Nervus II (Optikus)* : gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Biasanya lapang pandang klien baik 90°, visus 6/6.
- 3) *Nervus III (Okulomotoris)* : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedib dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata.
- 4) *Nervus IV (Troclearis)* : klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke Bawah.

- 5) *Nervus V (Trigeminus)* : klien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada klien koma Ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka klien menutup kelopak mata.
- 6) *Nervus VI (Abducens)* : klien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri.
- 7) *Nervus VII (Facialis)* : lidah bisa mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, bibir simetris dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin.
- 8) *Nervus VIII (Vestibulocochlearis)* : klien kurang dapat mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung pada dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.
- 9) *Nervus IX (Glossofaringeus)* : uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan, dan klien dapat merasakan asam urat.
- 10) *Nervus X (Vagus)* : kemampuan klien tidak baik, kesulitan membuka mulut.
- 11) *Nervus XI (Accessory)* : klien stroke tidak dapat melawan tekanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.
- 12) *Nervus XII (Hypoglossus)* : klien dapat menjulurkan lidah dan

dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

j) Pemeriksaan refleks

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

k) Pemeriksaan Penunjang

Diantaranya adalah:

1) *MRI (Magnetic Resonance Imaging)*

Pemeriksaan yang menunjukan daerah mengalami infark atau hemoragik.

2) *EEG (Eleectro enchepalografi)*

Pemeriksaan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik

3) *Pemeriksaan Foto Thorak*

untuk memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan tanda hipertensi kronis pada penderita CVA infark.

4) *CT Scan*

Pemeriksaan memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan infark.

5) *Angiografi of Serebral*

Pemeriksaan membantu menentukan penyebab penyakit CVA secara spesifik perdarahan atau obstruksi arteri.

6) *Pemeriksaan darah lengkap*

Untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Adapun Diagnosa CVA (*Cerebro Vascular Accident*) meliputi :

- 1) Gangguan perfusi jaringan Serebral berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, perdarahan, vasospasme serebral, edema serebral, peningkatan tekanan intrakranial.

Data pendukung :

- a) Penurunan kesadaran
- b) Nilai GCS
- c) Perubahan tanda vital
- d) Perubahan sensorik dan motorik
- e) Penurunan fungsi memori
- f) Nyeri kepala
- g) Muntah
- h) Kejang
- i) Perubahan pupil
- j) Perubahan pola nafas
- k) Nilai AGD

- l) Hasil CT Scan, MRI adanya edema serebri, perdarahan, herniasi
 - m) Penggunaan terapi deuretik, sedatif
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan, pasrestesia, paralisis.

Data pendukung :

- a) Pasien mengatakan tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah (sulit menggerakkan ekstremitas)
 - b) Rentang gerak ROM menurun
 - c) Gerakan tidak terkoordinasi
 - d) Fisik lemah
 - e) Pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan ADL
 - f) Kebutuhan ADL dibantu
 - g) Adanya hemiplegia/hemiprase
 - h) Pergerakan, ambulasi dibantu
 - i) Tonus otot kurang
 - j) Kekuatan otot kurang
 - k) Atropu, kontraktur
 - l) Hasil EMG
- 3) Gangguan komunikasi verbal/non verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neuromuskuler, kelemahan umum.

Data pendukung :

- a) Pasien tidak mampu berkomunikasi

- b) Tanda-tanda frustrasi karena tidak mampu berkomunikasi
 - c) Menunjukkan respon tidak sesuai
 - d) Disartia, aphasia
 - e) Kelemahan otot wajah
 - f) Kelemahan otot lidah
 - g) Adanya infark pada area bicara dari hasil CT Scan, MRI
- 4) Gangguan persepsi Sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, integrasi, stress psikologik.

Data pendukung :

- a) Diplopia
 - b) Pandangan kabur
 - c) Aphasia sensorik
 - d) Penurunan tingkat kesadaran
 - e) Disorientasi
 - f) Perubahan pola komunikasi
- 5) Gangguan perawatan diri : ADL berhubungan dengan defisit neuromuskuler, menurunnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol otot, gangguan kognitif.

Data pendukung :

- a) Adanya penurunan kesadaran
- b) Minat melakukan perawatan diri kurang
- c) Kelemahan fisik (*Hemiparese*)

- d) Atropi otot
 - e) Kontraktur otot
 - f) Ketidakmampuan melakukan ADL sendiri
- 6) Gangguan eliminasi urine : inkontinensia fungsional sehubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan komunikasi.

Data pendukung :

- a) Desakan berkemih
 - b) Mengompol
 - c) Berkemih tidak tuntas
 - d) Pasien mengatakan tidak mampu mengontrol BAK
 - e) Inkonteninsia
 - f) Bladder penuh
 - g) Distensi bladder
 - h) Berkemih tidak tuntas
 - i) Sering buang air kecil
 - j) *Enuresis*
- 7) Gangguan eliminasi alvi (*Konstipasi*) berhubungan dengan imobilisasi, intake cairan yang tidak adekuat.

Data Pendukung :

Data Subyektif : Pasien mengatakan sulit BAB

Data Obyektif :

- a) *Fases Keras*
 - b) Pengeluaran *fases* lama dan sulit
 - c) Menurunnya bising usus
 - d) Adanya keluhan pada *Rectum*
 - e) Nyeri saat mengejan dan *defekasi*
 - f) Adanya perasaan masih ada sisa *Feses*
 - g) Distensi Abdomen
 - h) Kelemahan umum
- 8) Gangguan Kebutuhan Nutrisi berhubungan dengan kelemahan otot mengunyah dan menelan.

Data pendukung :

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak nafsu makan

Data Obyektif :

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

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari Pasien atau tindakan yang harus dilakukan perawat. Intervensi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas. Pengelompokan seperti bagaimana, kapan, dimana, frekuensi, dan besarnya, menunjukkan isi dari aktivitas yang direncanakan. Intervensi keperawatan

dapat dibagi menjadi dua, yaitu: mandiri (dilakukan oleh perawat) dan kolaboratif (yang dilakukan bersama dengan pemberi perawatan lainnya).

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Intervensi dari diagnose di atas adalah :

- 1) **Diagnosa 1** : Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, perdarahan, vasospasme serebral, edema serebral, peningkatan tekanan intracranial.

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

Kriteria Hasil :

- a) Pasien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik dan motoric
- b) Tanda-tanda vital stabil, peningkatan TIK tidak ada
- c) Pupil isokor, reflek cahaya (+)
- d) Gangguan lebih lanjut tidak terjadi
- e) Tidak ada keluhan nyeri kepala, mual, kejang

Intervensi :

Observasi

- a) Pemeriksaan sirkulasi Perifer
- b) Identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi
- c) Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas

Terapeutik

- a) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
- b) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
- c) Hindari pemasangan dan penekanan tourniquet pada area cedera
- d) Lakukan pencegahan infeksi
- e) Lakukan perawatan kaki dan kuku
- f) Lakukan hidrasi

Edukasi

- a) Anjurkan pola hidup sehat
 - b) Anjurkan berolahraga rutin
 - c) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol (jika perlu)
 - d) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
 - e) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi
 - f) Anjurkan tanda gejala darurat yang harus dilaporkan
- 2) **Diagnosa 2** : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan, parestesia, paralisis.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan Pasien mampu Aktivitas fisik dengan kemampuan nya

Kriteria Hasil :

- a) Tidak terjadi kontraktur sendi
- b) Bertambahnya kekuatan otot

Intervensi :

Observasi

- a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b) Identifikasi toleransi fisik maupun pergerakan
- c) Monitor berat fungsi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

- a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
- b) Fasilitasi melakukan pergerakan, *jika perlu*
- c) Libatkan keluarga untuk membantu Pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di Sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)

3) **Diagnosa 3** : Gangguan komunikasi verbal/non verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neuromuskuler, kelemahan umum.

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

Kriteria Hasil :

- a) Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal.
- b) Terhindar dari tanda-tanda frustrasi
- c) Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar
- d) Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain

Intervensi :

Observasi

- a) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
- b) Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara
- c) Monitor frustrasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara
- d) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

Terapeutik

- a) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf isyarat tangan dan komputer)
- b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan
- c) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
- d) Ulangi apa yang disampaikan Pasien
- e) Berikan dukungan psikologis
- f) Gunakan juru bicara, *(jika perlu)*

Edukasi

- a) Anjurkan berbicara perlahan
- b) Ajarkan Pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara

Kolaborasi

- a) Rujuk ke ahli patologi bicara atau Terapis

4) **Diagnosa 4** : Gangguan persepsi Sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, integrasi, stress psikologik

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan Fungsi Sensori Pasien dapat berfungsi secara optimal

Kriteria Hasil :

- a) Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi persepsi

- b) Mendemonstrasikan tingkah laku untuk mengompresasikan kekurangan

Intervensi :

- a) Kaji kemampuan persepsi Pasien dan penerimaan sensorik
 - b) Ciptakan lingkungan yang sederhana dan pindahkan alat yang berbahaya
 - c) Tempatkan barang pada tempat semula
 - d) Orientasikan Pasien pada lingkungan, staf dan prosedur tindakan
 - e) Bantu Pasien dalam aktivitas dan mobilitas untuk mencegah injuri
- 5) **Diagnosa 5** : Gangguan perawatan diri : ADL berhubungan dengan defisit neuromuskuler, menurunnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol otot, gangguan kognitif

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan kebutuhan perawatan diri Klein terpenuhi

Kriteria Hasil :

- a) Mendemonstrasikan perubahan dalam merawat diri : mandi, b.a.b, b.a.k, berpakaian, makan.
- b) Menampilkan aktivitas perawatan secara mandiri.

Intervensi :

Observasi

- a) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia

- b) Monitor tingkat kemandirian
- c) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, Berhias, makan dan melakukan ADL

Terapeutik

- a) Sediakan lingkungan yang Terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privacy)
- b) Siapkan keperluan pribadi (mis. Peralatan mandi)
- c) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- d) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
- e) Fasilitasi kemandirian, bentuk jika tidak mampu melakukan perawatan diri
- f) Jadwalkan rutinitas perawatan diri

Edukasi

- a) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

6) **Diagnosa 6** : Gangguan eliminasi urine : inkontinensia fungsional sehubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan komunikasi.

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

Kriteria Hasil :

- a) Pola BAK normal
- b) Pasien dapat berkomunikasi sebelum BAK
- c) Kulit bersih dan kering
- d) Terhindar dari infeksi saluran kemih

Intervensi

Observasi

- a) Identifikasi kebiasaan BAK BAB sesuai usia
- b) Identifikasi tanda dan gejala Retensi atau Inkontinensia urine
- c) Monitor Eliminasi Urin (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna)

Terapeutik

- a) Catat waktu waktu dan Haluaran berkemih
- b) Batasi asupan cairan
- c) Dukung penggunaan toilet/pispot/urinal secara konsisten
- d) Bersihkan alat bantu BAK setelah digunakan
- e) Latih BAK sesuai jadwal, jika perlu
- f) Sediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal)

Edukasi

- a) Anjurkan BAK secara rutin
- b) Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu
- c) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih
- d) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan

- e) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi
- f) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika diperlukan

7) **Diagnosa 7** : Gangguan eliminasi alvi : *konstipasi*, diare sehubungan dengan menurunnya control volunteer, kerusakan komunikasi, perubahan peristaltic, immobilisasi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan Pasien tidak mengalami konstipasi

Kriteria Hasil :

- a) Pola BAB norma, Fases lunak
- b) Pasien menyatakan secara verbal kebutuhan defikasi
- c) Tidak teraba masa pada kolon
- d) Bising usus normal (15-30 x/menit)

Intervensi :

Observasi

- a) Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar
- b) Identifikasi obat yang berefek pada gastrointestinal
- c) Monitor BAB
- d) Monitor tanda dan gejala diare, *konstipasi*, atau *implikasi*
- e) Periksa tanda dan gejala konstipasi

Terapeutik

- a) Sediakan makanan tinggi serat
- b) Jadwalkan waktu defekasi bersama Pasien
- c) Lakukan masase abdomen
- d) Berikan enema atau irigasi, *jika perlu*

Edukasi

- a) Jelaskan etiologic masalah dan alasan tindakan
- b) Jelaskan makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltic usus
- c) Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses
- d) Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik sesuai toleransi
- e) Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas
- f) Anjurkan konsumsi makanan yang tinggi serat
- g) Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi
- h) Latih buang air besar secara teratur

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian obat supositoria, *jika perlu*
Kolaborasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons Pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan menilai data yang baru. (Minannisa, 2020)

Sementara tahap-tahap yang harus dilaksanakan dalam pelaksanaan adalah :

- 1) Tahap Persiapan
 - a) Review rencana tindakan keperawatan
 - b) Analisis pengetahuan dan ketrampilam yang diperlukan
 - c) Antisipasi komplikasi yang akan timbul
 - d) Mempersiapkan peralatan yang diperlukan (waktu, tenaga, alat)
 - e) Mengidentifikasi aspek-aspek hukum dan etik
 - f) Memerhatikan hak-hak Pasien, antara lain :
 - (1) Hak atas pelayanan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan
 - (2) Hak atas informasi
 - (3) Hak untuk menentukan nasib sendiri
 - (4) Hak atas *Second Opinion*
- 2) Tahap Pelaksanaan
 - a) Berfokus pada Pasien

- b) Berorientasi pada tujuan dan kriteria hasil
 - c) Memerhatikan keamanan fisik dan psikologis Pasien
 - d) Kompeten
- 3) Tahap sesudah pelaksanaan
- a) Menilai keberhasilan tindakan
 - b) Mendokumentasikan tindakan yang meliputi :
 - (1) Aktivitas/Tindakan Perawat
 - (2) Hasil/Respon Pasien
 - (3) Tanggal/jam, nomor diagnosis keperawatan, tanda tangan.
- (Sugianto, 2024)

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan Pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Iswara, 2020). Semua intervensi keperawatan di evaluasi dengan membandingkan respons aktual Pasien terhadap hasil yang diharapkan dari rencana/intervensi keperawatan.

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

- 1) S (Subyektif) : yaitu keluhan-keluhan yang 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, dan diukur oleh perawat.
- 3) A (Analisis) : yaitu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi Pasien.
- 4) P (Planning) : yaitu rencana tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah Pasien.