

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar CVA (Cerebral Vaskuler Accident)

2.1.1 Definisi CVA

Cerebro Vaskuler Accident (CVA) adalah penyakit pembuluh darah otak. Definisi menurut *WHO*, *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologi vokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain *vascular* (Kemenkes, 2018). *CVA* merupakan suatu penyakit menurunnya fungsi syaraf secara akut yang disebabkan oleh gangguan pada pembuluh darah otak, terjadi secara mendadak dan cepat yang menimbulkan gejala dan tanda sesuai dengan daerah otak yang terganggu. Penyakit CVA sering menimbulkan gejala sisa seperti gangguan melakukan pergerakan, gangguan berbicara, gangguan menelan (Tunik, 2024).

CVA adalah suatu sindrom klinis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian. CVA merupakan penyakit gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana CVA dapat didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan ataupun perdarahan (Nugroho, 2023). Ada 2 jenis *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* yaitu *CVA Hemoragic* dan *CVA Infark*.

CVA hemoragik merupakan CVA yang terjadi karena pecahnya pembuluh darah, sehingga mengakibatkan darah di otak mengalir ke rongga sekitar jaringan otak, seseorang yang menderita *CVA hemoragik* akan mengalami penurunan kesadaran, kelumpuhan bahkan kematian karena kebutuhan oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah ke otak tidak terpenuhi akibat pecahnya pembuluh darah (Ainy, 2021). *CVA (Cerebral Vaskuler Accident) Infark* merupakan suatu keadaan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak yang umumnya terjadi serangan saat atau setelah bangun tidur biasanya diakibatkan oleh penyumbatan pada pembuluh darah di otak (Hariyanto, 2015). *CVA infark* adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah ke otak terjadi akibat pembentukan *trombus* di *arteri serebrum* atau *embolis* yang mengalir ke otak (Lestari Inka, 2024).

Berdasarkan definisi *CVA* diatas dapat disimpulkan bahwa CVA penyakit pembuluh darah otak. CVA ada 2 jenis *CVA hemoragic* karna pecahnya pembuluh darah di otak mengakibatkan darah mengalir ke rongga sekitar jaringan otak, pecahnya pembuluh darah mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi ke otak terganggu yang berakibat penurunan kesadaran, kelumpuhan bahkan kematian dan *CVA Infark* merupakan sebuah kondisi gangguan fungsi otak pada otak yang disebabkan oleh penurunan suplai darah dan oksigen ke otak yang disebabkan karena adanya *trombus* 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 CVA

Ada 2 Jenis CVA berdasarkan patofisiologis dan gejala klinis yaitu *CVA Hemoragic* dan *CVA infrak* menurut Hariyanto (2015) sebagai berikut:

1) *CVA Hemoragic*

Pecahnya pembuluh darah otak pada subaraknoid dan intraserebral, yang pada umumnya serangan terjadi ketika banyak aktifitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi pada saat istirahat dan biasanya biasanya disertai dengan kesadaran pasien yang menurun. Ada beberapa *CVA hemoragic* menurut Banjar (2022) sebagai berikut :

- a) Pendarahan intra serebral (PSI) disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak membuat darah mengalir keluar dari pembuluh darah dan kemudian menjadi jaringan otak.
- b) Pendarahan ekstra serebral (PSA) adalah pendarahan subaraknoid keluarnya darah dari ruang ke ruang subaracnoid dari situs lain (pendarahan subracanoid sekunder) dan sumber lain (pendarahan subracnoid ruang subaranoid primer).

2) *CVA Infark*

CVA yang dapat disebabkan obtruksi total atau sebagian karna *iskemia, trombolis, embolis*, dan penyempitan *luminer arteri*.

- a) Pada CVA infark atau iskemik terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak menurun. Serangan pada umunya tidak terjadi saat istirahat atau bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan, tetapi timbul edema sekunder.

- b) *Thrombosis* adalah pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.
- c) *Emboli* adalah benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah pada otak.
- d) *Hipoperfusi sistemik* adalah gangguan denyut jantung sehingga aliran darah ke seluruh tubuh berkurang.
- e) Penyempitan lumen arteri yang terjadi karena infeksi atau proses peradangan, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2.1.3 Etiologi CVA

Menurut Hariyanto (2015) CVA disebabkan karna *trombosis*, *emboli*, *spasme* pembuluh darah, *hipertensi* berat, dan pecahnya aneurisma pembuluh darah otak. Berdasarkan penyebabnya, ada dua jenis stroke, yaitu:

1) CVA Infark

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

2) CVA Hemoragik

CVA hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah dan menyebabkan perdarahan. Pendarahan di otak dapat dipicu oleh

beberapa kondisi yang memengaruhi pembuluh darah. Kondisi tersebut meliputi hipertensi yang tidak terkontrol, melemahnya dinding pembuluh darah, dan pengobatan dengan pengencer darah. CVA hemoragik terdiri dari dua jenis, yaitu perdarahan intraserebral dan subarachnoid.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi Klinis CVA berdasarkan Jenis CVA sebagai berikut:

1) *CVA Hemoragic*

Gejala klinis atau keluhan yang biasanya muncul terdiri dari defisit neurologis fokal dengan onset mendadak. Penurunan tingkat kesadaran, muntah, sakit kepala, kejang dan tekanan darah yang sangat tinggi mungkin menunjukkan adanya CVA hemoragik (Setiawan, 2021).

2) *CVA Infark*

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

- a) Kelumpuhan pada 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.

- b) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.
Gangguan ini terjadi akibat adanya kerusakan pada sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensori.
- c) Penurunan kesadaran (*konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma*), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat *hipoksia*.
- d) *Afasia* (kesulitan dalam bicara) *Afasia* terjadi jika ada kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada CVA dengan gangguan pada arteri *middle* sebelah kiri.
- e) *Disartria* (bicara cedal atau pelo)
Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Tetapi pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca.
Disatria terjadi karena adanya kerusakan pada *nervus cranial* sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring sehingga pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.
- f) 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 V.

g) *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*.

h) *Inkontinensia*

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

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

2.1.5 Faktor Risiko

Ada beberapa faktor risiko *CVA* yang sering teridentifikasi menurut Kusyanti (2023), yaitu :

1) Faktor yang tidak dapat di ubah

- a) Jenis kelamin.
- b) Usia.
- c) Keturunan.

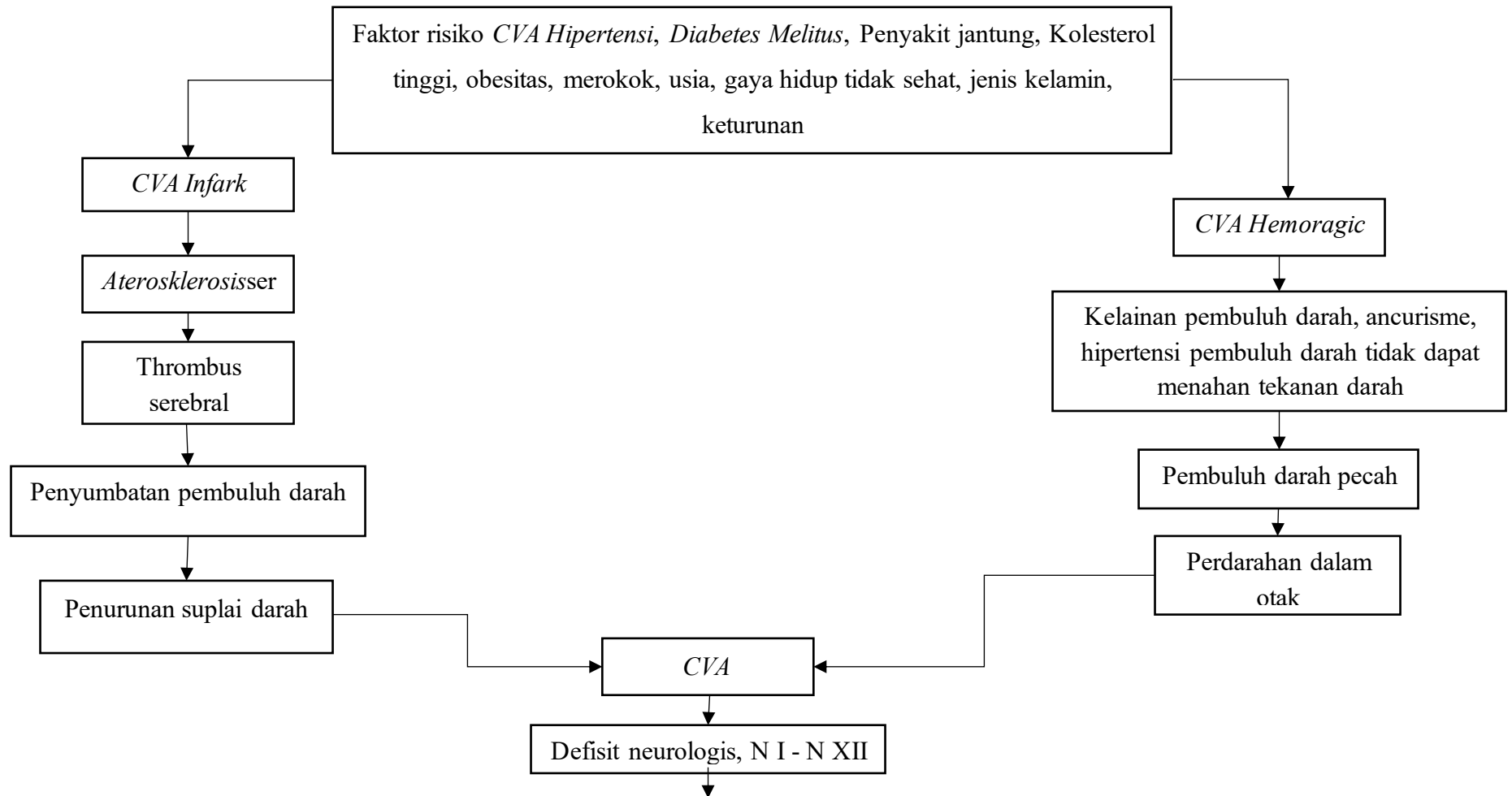
2) Faktor yang dapat di ubah

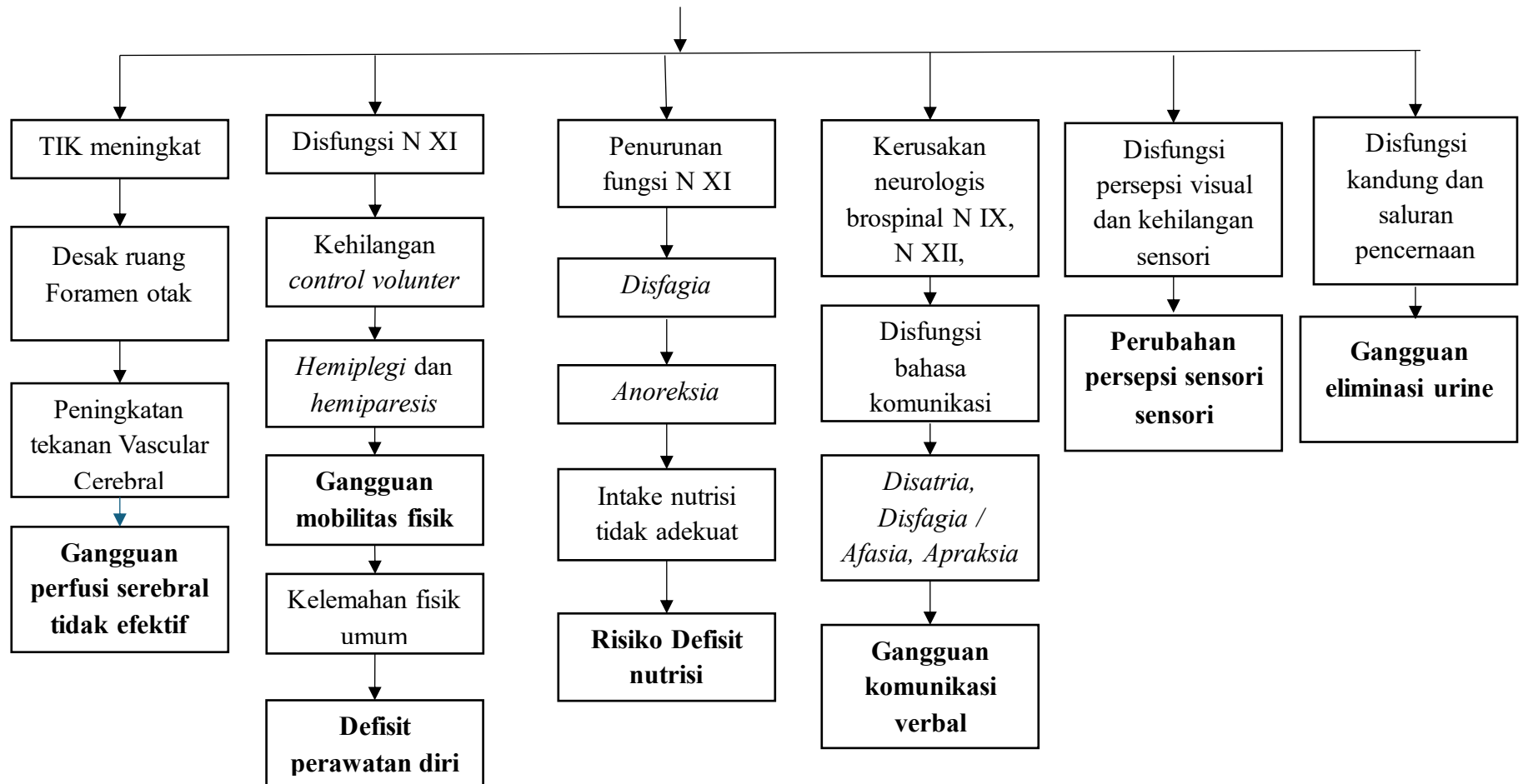
- a) Kelainan jantung
- b) *Hipertensi*.
- c) *Anuerisma* pembuluh darah *cerebral*.

- d) DM.
- e) Peningkatan kolesterol.
- f) Obesitas.
- g) Rokok, Alkohol.
- h) Kurang aktivitas fisik.

2.1.6 Patofisiologi

1) Bagan





Gambar 2. 1 Patofisiologi, (NANDA, 2016)

2) Uraian

Faktor yang mempengaruhi terjadinya *CVA (Cerebro Vascular Accident)* yaitu *Hipertensi, Diabetes melitus, Penyakit jantung, Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan.* CVA ada dua jenis yaitu CVA infark dan CVA Hemoragic Faktor terjadinya CVA infark yaitu penumpukan lemak, kolesterol di dinding pembuluh darah (*aterosklerosis*) terbentuklah *thrombus serebral* gumpalan darah yang terbentuk di pembuluh darah otak yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah), Faktor terjadinya CVA hemoragik yaitu kelainan pembuluh darah, aneurisme, hipertensi yang dapat mengakibatkan pembuluh darah tidak bisa menahan tekanan darah sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah yang berakibat terjadinya perdarahan dan Aliran darah ke otak menurun yang mengakibatkan sel-sel di dalam otak mati. Kedua faktor tersebut dapat menimbulkan *deficit neurologis* (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen sehingga muncul **Gangguan perfusi serebral tidak efektif** salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan *vaskular 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 sisi otak yang berlawanan dan

menyebabkan kelumpuhan pada sisi tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan, ataupun kaki menimbulkan **gangguan mobilitas fisik**. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah **defisit perawatan diri**, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (*Activity Daily Living*). Kelemahan kontrol otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, *disfasia/afasia*, *disatria* (kehilangan kemampuan berbicara) sehingga muncul masalah **gangguan komunikasi verbal**. Pada saluran pencernaan atas klien mengalami kesulitan menelan atau disfagia sehingga menimbulkan anoreksia, akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah **gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan**. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot finger sehingga menimbulkan masalah **gangguan eliminasi urine**. Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan **Gangguan perubahan persepsi sensori**.

2.1.7 Komplikasi CVA

Adapun Komplikasi CVA berdasarkan Fase CVA menurut Tarwoto (2013), yaitu:

1) Fase Akut.

a) *Hipoksia serebral* dan menurunnya aliran darah otak

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat

terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya.

b) Edema Serebri

Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pada pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstesi akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi pada serebral yang dapat mengancam kehidupan.

d) Aspirasi

Pasien CVA dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya refleks batuk dan menelan.

2) Komplikasi Kronis

- a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi karena akibat imobilisasi.

- b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.
- c) Malnutrisi karena intake yang adekuat.

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Tarwoto (2013), penatalaksanaan *CVA* di rumah sakit sebagai berikut :

- 1) Penatalaksana umum
 - a) Penatalaksana pada fase akut (Golden Periode selama 3 jam)
 - (1) Pasien *CVA infark* dan *hemoragik* yang mendapat terapi oksigen mengalami penurunan aliran darah ke otak. Oleh karena itu, oksigen sangat penting untuk menjaga metabolisme otak dan mengurangi *hipoksia*. Penggunaan ventilator, menjaga jalan napas, dan pemberian oksigen merupakan beberapa tindakan yang dapat dilakukan berdasarkan temuan pemeriksaan *oksimetri* atau gas darah.
 - (2) Pengendalian peningkatan ICP (tekanan intrakranial) karena edema serebral biasanya merupakan penyebab peningkatan tekanan intrakranial, maka sangat penting untuk mengurangi edema, misalnya dengan memberikan *manitol* atau mengatur tekanan darah.
 - (3) Monitor fungsi pernapasan : Analisa Gas Darah.
 - (4) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.
 - (5) Evaluasi status cairan dan elektrolit.

- (6) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian anti konvulsan, dan cegah risiko injuri.
- (7) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.
- (8) Cegah *emboli* paru dan *tromboplebitis* dengan *antikoagulan*.
- (9) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, *nervus cranial* dan refleks.
- (10) Pasien yang menjalani terapi cairan berisiko mengalami dehidrasi jika kehilangan kesadaran atau mengalami *disfagia*. Sangat penting untuk melanjutkan terapi cairan ini untuk mempertahankan tekanan darah dan sirkulasi. Pada jam-jam awal setelah *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* akut, *American Heart Association* merekomendasikan 50 mililiter normal saline per jam. Setelah CVA mencapai stabilitas *hemodinamik*, pengobatan cairan pemeliharaan KAEN 3B/KAEN 3A dapat diberikan. Kedua larutan ini memenuhi kebutuhan *hemoestasis* kalium dan natrium dan lebih unggul dalam kasus dehidrasi hipertonik. Larutan pemeliharaan, khususnya yang mengandung kalium dan natrium, dapat digunakan untuk menjaga hemostasis elektrolit tetap stabil setelah fase akut *CVA*.

b) Penatalaksana 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) Penatalaksana Kolaboratif

Meskipun kelumpuhan total jarang terjadi, fisioterapi dapat membantu. Seorang ahli terapi fisik dapat membantu Anda mengatasi ketegangan otot ringan sekalipun. Anda juga akan berpartisipasi dalam program peregangan otot.

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk pasien CVA menurut Tarwoto (2013) yaitu meliputi:

- 1) Radiologi
 - a) *Computerized Tomografi (CT Scan)*: pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui area *infark*, *edema*, *hematoma*, struktur, dan sistem *ventrikuler* otak.
 - b) *Magnetik Resonance (MRI)*: pemeriksaan yang digunakan untuk menunjukkan daerah yang mengalami *infark*, *hemoragik*, *malformai arteriovena*.

- c) *Angiografi Serebral*: pemeriksaan yang digunakan untuk menentukan penyebab *CVA* secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, adanya titik *oklusi* atau *ruptur*.
 - d) *Elektro Encephalografi*: pemeriksaan yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah di dasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
 - e) Sinar X Tengkorak: pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui adanya klasifikasi *karotis interna*. pada *trochosis serebral*.
 - f) Fungsi Lumbal: pemeriksaan yang digunakan untuk menunjukkan adanya tekanan normal. Jika tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan perdarahan *subarachnoid* atau perdarahan *intrakranial*.
 - g) *Elektro Kardigram*: Pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui adanya kelainan jantung yang juga menjadi faktor penyebab.
- 2) Laboratorium
- a) Lumbal Fungsi: Pemeriksaan *likuor* merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna *likuor* masih normal (*Xanthochrom*) sewaktu hari pertama.
 - b) Pemeriksaan darah rutin: *glukosa, elektrolit, ureum kreatin*.
 - c) Pemeriksaan kimia darah: Pada *CVA (Cerebro Vascular Accident)* akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat

mencapai 250mg di dalam serum dan kemudian berangsur angsur turun kembali.

- d) Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Metode yang konsepnya diterapkan dalam praktik keperawatan merupakan proses asuhan keperawatan. Metode ini juga dikatakan dalam pendekatan untuk memecahkan sebuah masalah (problem-solving) dengan memerlukan ilmu, teknik/ keterampilan seseorang dengan tujuan memenuhi kebutuhan klien, keluarga, serta masyarakat. Terdapat 5 tahap dalam proses keperawatan yang saling berhubungan, meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi, dalam pembuatan asuhan keperawatan tahap ini berintegrasi pada fungsi intelektual problem-solving (Nursalam, dalam Kusyanti, 2022).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan metode mengumpulkan data relevan dengan continue terhadap respon manusia, kekuatan serta masalah pasien (Dermawan, dalam Kusyanti, 2022).

1) Identitas

Meliputi nama, umur, jenis kelamin alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnostik medis, dan rentang usia CVA di atas 50 tahun.

2) Keluhan utama

Pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan dari, pada pasien *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* biasanya masalah gangguan motori kelemahan anggota gerak sebelah badan, sulit komunikasi, nyeri kepala, bicara pelo, gangguan sensor motorik, kejang dan gangguan kesadaran (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).

3) Riwayat penyakit sekarang

CVA biasanya terdapat serangan awal terlebih dahulu dengan tidak disadari pasien, biasanya di temukan gejala awal yaitu sering kesemutan, anggota gerak merasa lemas, terdapat nyeri kepala, mual, muntah, serta kejang sampai tidak sadar (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).

4) Riwayat penyakit dahulu

Terdapat riwayat hipertensi, riwayat *CVA* sebelumnya, DM, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).

5) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat yang terdapat pada keluarga biasanya terdapat riwayat keluarga yang menderita *Hipertensi*, *DM*, atau riwayat *CVA* dari generasi terdahulu. (Muttaqin, dalam Kusyani, 2022).

6) Riwayat psikososial

Biasanya pada penderita *CVA* sangatlah mahal meliputi biaya untuk pemeriksaan, pengobatan, serta perawatan yang bisa mengacaukan keuangan keluarga yang mengakibatkan setabilitas emosi terhadap klien dan keluarga (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).

7) Pemeriksaan Pola kesehatan (Turwoto, dalam Kusyani, 2022) :

a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Biasanya terdapat riwayat perokok, pengguna alkohol, penggunaan obat kontrasepsi oral.

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Terdapat kesulitan menelan, nafsu makan menurun, terdapat mual muntah pada fase akut.

c) Pola eliminasi

Adanya konstipasi karena penurunan peristaltik usus yang merupakan pola defekasi, dan terdapat inkontinensia urine.

d) Pola aktivitas

Terdapat kelemahan, kehilangan sensori atau *paralise/hemiplegi*, beraktivitas.

e) Pola tidur

Terdapat kesusahan dalam beristirahat karena kejang dan nyeri otot.

f) Pola hubungan dan peran

Terdapat gangguan bicara sehingga klien mengalami kesukaran perhubungan. dalam peran.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Mudah marah, tidak kooperatif, dan merasa tidak ada harapan karena klien merasa tidak berdaya.

h) Pola sensori dan kognitif

Terdapat gangguan penglihatan/kekaburan pandang, sentuhan/perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, sedangkan terdapat penurunan memori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif,

i) Pola reproduksi

Akibat dari pengobatan CVA misal obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamin merupakan terjadinya penurunan pada gairah.

j) Pola penanggulangan stres

Gangguan proses berpikir, serta kesulitan berkomunikasi biasanya klien mengalami kesulitan tersebut.

k) Pola tata nilai dan kepercayaan.

Kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh akan menyebabkan klien jarang beribadah.

8) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum dengan klien CVA biasanya mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu kesulitan dalam bicara, bicara cedal/pelo, terjadi kelemahan tubuh di salah satu sisi. Pada

tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Turwoto, dalam Kusyuni, 2022).

- 1) 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.
- 2) Muka : Umumnya pada muka tidak simetris (ketidak simetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis).
- 3) Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun).
- 4) Hidung: Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.
- 5) Telinga : Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga).
- 6) Mulut: Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.
- 7) Dada/Thorak
 - (1) Pemeriksaan sistem pernafasan

(a) Inspeksi : Kesimetrisan bentuk dan pergerakan dada, terdapat pulsi jantung atau tidak.

(b) Palpasi : untuk menilai tactile fremitus

(c) Perkusi : untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor.

(d) Auskultasi : Pernafasan pada pasien CVA kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan.

(2) Pemeriksaan jantung

(a) Inpeksi : iktus kardus tidak terlihat.

(b) Perkusi : pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak.

(c) Palpasi : tidak ada pembesaran hepar.

(d) 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.

8) Abdomen

(1) Inpeksi : Kesimetrisan abdomen terdapat lesi atau edema.

(2) Auskultasi : Terdengar bising usus biasanya pada pasien CVA bising usus tidak normal.

(3) Perkusi ; Terdengar bunyi timpani..

(4) Palpsi: Tidak terdapat nyeri tekan pada 4 kuadran.

9) Genetalia : Biasanya pasien CVA terpasang kateter.

10) Ekstremitas :

(1) 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 bicep (-). Sedangkan pada pemeriksaan refleksi Hoffman tromner jari tidak mengembang ketika diberi reflek Hoffman tromner (+).

(2) 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 (+).

11) Saraf kranial

(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 kedip dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata.
- (4) *Nervus IV (Trochlearis)* : 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 (Vestibulococlearis)* : 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)* : *ovule* 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, kesukaran membuka mulut.
- (11) *Nervus XI (Asesorius)* : klien CVA tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.
- (12) *Nervus XII (Hipoglosus)* : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

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

- 1) Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah ke otak, perdarahan, edema serebral, peningkatan tekanan intrakranial (Tarwoto, 2015).

Tabel 2. 1 Batasan Karakteristik Gangguan perfusi serebral tidak efektif

Subjektif	Objektif
1. Klien mengatakan nyeri kepala	1. Gangguan status mental 2. Penurunan kesadaran 3. Perubahan tanda vital 4. Penurunan fungsi memori 5. Perubahan perilaku 6. Perubahan respon motorik 7. Kelemahan atau paralisi 8. hasil CT scan MRT adanya edema serebri, perdarahan

2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

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

Tabel 2. 2 Batasan Karakteristik Defisit Perawatan Diri

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Menolak melakukan perawatan diri	1. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian 2. Minat melakukan perawatan diri kurang
Minor	(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

(PPNI, 2017).

3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

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

Penyebab :

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

4) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

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

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebral.
- b) Gangguan neuromaskuler.
- c) Gangguan pendengaran.
- d) Gangguan muskulusekelestial.
- e) Kelainan platum.
- f) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidektomi).

Tabel 2. 3 Batasan Karakteristik Gangguan Komunikasi Verbal

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	<i>(tidak tersedia)</i>	1. Tidak mampu bicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai
Minor	<i>(tidak tersedia)</i>	1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Dislaksia 5. Disartria 6. Afonia 7. Dislalia 8. Pelo 9. Gagap

-
10. Tidak ada kontak mata
 11. Sulit memahami komunikasi
 12. Sulit mempertahankan komunikasi
 13. Sulit menggunakan ekspresi wajah
-

(PPNI, 2017).

5) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040)

Penyebab :

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

Tabel 2. 4 Batasan Karakteristik Gangguan Eliminasi Urin

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Desakan berkemih (urhensi) 2. Urin menetes (dribbling) 3. Sering buang air kecil 4. Nokturia 5. Mengompol 6. Eurasia	1. Distensi kantung kemih 2. Berkemih tidak tuntas (hesitany) 3. Volume residu urin meningkat
Minor	<i>(tidak tersedia)</i>	<i>(tidak tersedia)</i>

(PPNI, 2017).

6) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054).

Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebab :

- 1) Ketidakbugaran fisik.
- 2) Penurunan kekuatan otot.
- 3) Gangguan neuromuskular.
- 4) Nyeri.
- 5) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik.
- 6) Gangguan kognitif.

Tabel 2. 5 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Tampak kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun
Minor	1. Nyeri saat digerakkan 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak	1. Tampak sendi kaku 2. Gerak tidak terkoordinasi 3. Gerak terbatas 4. Fisik melemah

(PPNI, 2017).

- 7) Gangguan persepsi sensori

Definisi : Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respons yang kurang, berlebihan atau terobsesi.

Penyebab :

- a) Gangguan penglihatan.
- b) Gangguan pendengaran.
- c) Gangguan penciuman.
- d) Gangguan perabaan.

Tabel 2. 6 Batasan karakteristik Gangguan persepsi sensori

Tanda dan gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indra peraba	1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah olah melihat, mendengar, mencium. Meraba sesuatu
Minor	1. Menyatakan kesal	1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Berorientasi waktu, tempat, orang atau sesuatu 5. Curiga 6. Melihat ke satu arah 7. Mondar mandir 8. Bicara sendiri

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah salah satu standart profesi yang dibutuhkan untuk menjalankan praktik keperawatan di Indonesia. Intervensi merupakan segala bentuk terapi yang dilakukan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis dalam mencapai serta pemulihan peningkatan, pencegahan kesehatan pada klien individu, keluarga (PPNI, 2017). Berdasarkan diagnosa di atas penulis membuat intervensi keperawatan menurut SDKI,SIKI dan SLKI (PPNI, 2017). Perencanaan keperawatan dari diagnosa yang muncul mengenai penyakit *Cerebro Vaskuler Accident* sebagai berikut :

Tabel 2. 7 Intervensi keperawatan SDKI, SLKI dan SIKI

No	Diagnosa	SLKI	SIKI	Rasional
1	Gangguan perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran mengikat (5) 2. Kognitif meningkat (5) 3. Sakit kepala langsung menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Cemas menurun (5) 6. Demam menurun (5) 7. Tekanan arteri rata-rata membaik (5) 8. Tekanan intra krania membaik (5) 9. Tekanan darah sistolik membaik (5) 10. Tekanan darah diastolik membaik (5) 11. Reflek saraf membaik (5)	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran) 3. Monitor MAP 4. Monitor CVP 5. Monitor PAP 6. Monitor ICP 7. Monitor gelombang ICP 8. Monitor status pemapasan 9. Monitor intake dan output 10. Monitor cairan serebro-spinalis (mis, warna, konsentrasi) Terapeutik 11. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 12. Berikan posisi semi fowler 13. Hindari penggunaan PEEP 14. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 15. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal 16. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan 18. Kolaborasi pemberian diuretik 19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja	1. Untuk identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) pasien 2. Untuk monitor tanda/gejala peningkatan TIK pasien 3. Untuk monitor MAP pasien 4. Untuk monitor CVP pasien 5. Untuk monitor PAP pasien 6. Untuk monitor ICP pasien 7. Untuk monitor gelombang ICP pasien 8. Untuk monitor status pemapasan pasien 9. Untuk monitor intake dan output pasien apakah seimbang atau tidak 10. Untuk monitor cairan serebro-spinalis pasien 11. Untuk minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang agar pasien nyaman 12. Memerikan posisi semi fowler 13. menghindari penggunaan PEEP 14. menghindari pemberian cairan IV hipotonik 15. Mengatur ventilator agar PaCO₂ pasien optimal 16. mempertahankan suhu tubuh pasien normal 17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan 18. Kolaborasi pemberian diuretik 19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja

2	Defisit Perawatan Diri (D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat (L.11103) dengan kriteria hasil : 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)	Dukungan perawatan diri (I.11348) 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. Dampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi 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 konstitusi sesuai kemampuan	1. Untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia pasien 2. Untuk monitor tingkat kemandirian pasien 3. Untuk mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan 4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik bagi pasien 5. Menyiapkan keperluan pribadi pasien agar mempermudah 6. mendampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien agar terjadwal 10. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan
3	Risiko Defisit Nutrisi (D.0032)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien mampu memenuhi kebutuhan Status nutrisi membaik (L.03030) dengan kriteria hasil : 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5) 2. Kekuatan menelan meningkat (5)	Manajemen Nutrisi (I.03119) 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	1. Untuk mengetahui status nutrisi pasien 2. Untuk mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan pasien 3. Untuk mengidentifikasi makanan yang disukai pasien 4. Untuk mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien yang diperlukan klien 5. Untuk mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Untuk Monitor asupan makanan

		3. Kekuatan mengunyah meningkat (5) 4. Berat badan membaik (5) 5. Indek masa tubuh membaik (5) 6. Nafsu makan membaik (5) 7. Bising usus membaik (5)	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 Kolaborasi 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	7. Untuk Monitor berat badan 8. Untuk monitor hasil pemeriksaan laboratorium 9. Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet 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 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
4	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24jam diharapkan komunikasi verbal membaik L.13118 dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan bicara meningkat (5)	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I13492) Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara	1. Untuk monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara pasien 2. Untuk monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara pada pasien

2. Kemampuan mendengar meningkat (5)	(mis. memori, pendengaran, dan bahasa)	3. Untuk monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara pasien
3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (5)	3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara	4. Untuk mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi
4. Afasia menurun (5)	4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi	5. Gunakan metode komunikasi alternatif dengan pasien
5. Disatria Menurun (5)	Terapeutik	6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan dengan pasien
6. Respon perilaku membaik	5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)	7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
	6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan 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)	8. Ulangi apa yang disampaikan pasien
	7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan	9. Memberikan dukungan psikologis pada pasien agar nyaman
	8. Ulangi apa yang disampaikan pasien	10. Gunakan juru bicara
	9. Berikan dukungan psikologis	11. Anjurkan berbicara perlahan
	10. Gunakan juru bicara, jika perlu	12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara
	Edukasi	13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
	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	

5	Gangguan eliminasi Urine (D.0040)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan Eliminasi urin klien membaik (L.04034) dengan kriteria hasil : 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)	Manajemen Eliminasi Urin (I.04152) Observasi 1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin 3. Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna) Terapiutik 4. Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih 5. Batasi asupan cairan, jika perlu 6. Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur Edukasi 7. Ajarkan tanda gejala infeksi saluran kemih 8. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 9. Ajarkan mengambil spesimen urine midstream 10. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih 11. Ajarkan terapi modalitas, penguatan otot-otot panggul atau berkemih 12. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 13. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, Jika perlu	1. Untuk mengidentifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine pasien 2. Untuk mengidentifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin pasien 3. Monitor eliminasi urin pada pasien 4. Mencatat waktu-waktu dan haluaran berkemih pasien pada beberapa jam 5. Membatasi asupan cairan, jika perlu 6. Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur 7. Ajarkan tanda gejala infeksi saluran kemih 8. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 9. Ajarkan mengambil spesimen urine midstream 10. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih 11. Ajarkan terapi modalitas, penguatan otot-otot panggul atau berkemih 12. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 13. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur 14. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, Jika perlu
6	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien 2. Untuk mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan pasien

		meningkat (L.05024) dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat (5) 2. Kekuatan otot Meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) Meningkat (5) 4. Nyeri Menurun (5) 5. Cemas Menurun (5) 6. Kaku sendi Menurun (5) 7. Gerakan tidak terkoordinasi Menurun (5) 8. Gerakan terbatas Menurun (5) 9. Kelemahan fisik Menurun (5)	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 (misal. 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 (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	3. Untuk monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi pasien 4. Untuk monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan pasien dan bantu jika perlu
7	Gangguan Persepsi sensorial (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan persepsi sensorial membaik (L.09083) dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun (5) 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun (5) 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan menurun (5) 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman menurun (5)	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi 1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik 4. Pertahankan lingkungan yang aman 5. Lakukan Tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis: limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 6. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi	1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri) 4. Pertahankan lingkungan yang aman 5. Lakukan Tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis: limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 6. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 7. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi

5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecapan menurun (5)	7. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi	8. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi
6. Distorsi sensori menurun (5)	Edukasi	9. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi
7. Perilaku halusinasi menurun (5)	8. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi	10. Anjurkan melakukan distraksi (mis: mendengarkan music, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi)
8. Respons sesuai stimulus membaik (5)	9. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi	11. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi
	10. Anjurkan melakukan distraksi (mis: mendengarkan music, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi)	12. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu
	11. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi	
	Kolaborasi	
	12. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu	

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang akan dilakukan dari sebuah perencanaan, terdiri dari tindakan mandiri (independen), serta kolaborasi (dependen). Tindakan yang berasal dari keputusan diri sendiri merupakan tindakan mandiri, sedangkan tindakan yang dilakukan berdasarkan hasil keputusan bersama dengan profesi lain merupakan tindakan kolaborasi (Turwoto dalam Kusyani, 2022).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Langkah terakhir dari metode asuhan keperawatan merupakan evaluasi yang bertujuan dari sejauh mana rencana keperawatan tercapai, dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang diamati dengan tujuan serta kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan. Melihat serta menilai kemampuan klien untuk mencapai tujuan, menentukan apakah tujuan asuhan keperawatan sudah tercapai/belum, mengkaji apa penyebab tujuan keperawatan belum tercapai merupakan tujuan dari evaluasi (Aditio, dalam Kusyani, 2022).

Menurut (Hidayat, dalam Kusyani, 2022) dalam mempermudah dalam pemantauan evaluasi keperawatan, biasanya menggunakan komponen SOAP yaitu :

- 1) S (subjektif): Data subjektif dari keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien).

- 2) O (objektif): Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat seperti segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.
- 3) A (analisis): Kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.
- 4) P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.