

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar CVA (Cerebro Vaskuler Accident)

2.1.1 Definisi CVA

Cerebro Vaskuler Accident (CVA) atau stroke adalah pecahnya pembuluh darah otak secara mendadak dengan akibat penurunan fungsi neurologis (Hariyanto & Sulistyowati, 2015)

CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) atau stroke adalah kerusakan jaringan otak yang disebabkan berkurangnya atau berhentinya suplai darah secara tiba-tiba (Auryn, 2020)

Stroke atau *Cerebrovascular disease* menurut World Health Organization (WHO) adalah tanda - tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global karena adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak dengan gejala - gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih (Jamini et al., 2020)

2.1.2 Klasifikasi CVA

Klasifikasi CVA menurut (Hariyanto & Sulistyowati, 2015), dibagi menjadi dua yaitu :

1. Menurut patologi dan gejala klinik

- a. Stroke Hemoragik

Stroke Hemoragik terjadi karena 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 Non-Hemorogik

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

(1) 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.

(2) Trombosis : penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik.

(3) Emboli : emboli yang dapat berasal dari udara, tumor, lemak, dan bakteri yang ada pada saluran darah sehingga menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah otak.

(4) Penyempitan lumen arteri : bisa terjadi karena infeksi, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2. Menurut perjalanan penyakit

a. TIA (Transien Iskemik 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 gangguan neurologi yang timbul sudah menetap dan permanen. Pada umumnya, diawali karena Transien Iskemic Attac yang berulang.

2.1.3 Etiologi

Menurut (Hariyanto & Sulistyowati, 2015) penyebab terjadinya CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) diantaranya :

- 1) Stroke non hemoragik : thrombosis, emboli, dan spasme pembuluh darah
- 2) Stroke hemoragik : hipertensi berat, pecahnya aneurisme pembuluh darah otak.

2.1.4 Faktor Resiko

Ada beberapa faktor resiko CVA menurut (Mansyoer, 2001 dalam Kusyani, 2022) :

1. Faktor yang tidak dapat dirubah (*Non Reversibel*) :
 - a. Jenis Kelamin

Hal ini mungkin lebih berhubungan dengan faktor-faktor

pemicu lainnya yang lebih banyak dilakukan oleh pria dibandingkan dengan perempuan, misalnya merokok, minum alkohol, dan sebagainya. Pria lebih rentan terkena stroke dibandingkan dengan perempuan.

b. Usia

Adanya penambahan usia/umur pada seseorang akan terjadi kurangnya fleksibilitas dan lebih terasa kaku pada jaringan tubuh, termasuk dengan pembuluh darah. Pada umumnya, orang yang telah berumur tua lebih rentan terkena stroke dibandingkan dengan yang lebih muda. Ini adalah kondisi alamiah yang harus diterima. Pada saat umur bertambah, kondisi jaringan tubuh sudah mulai kurang fleksibel dan lebih kaku, termasuk dengan pembuluh darah.

c. Keturunan

Seseorang yang memiliki riwayat keluarga terkena stroke akan lebih rentan dibandingkan dengan orang lain yang tidak memiliki riwayat penyakit stroke.

2. Faktor yang dapat dirubah (*Reversibel*) :

a. Kelainan Jantung/penyakit jantung

Ada hubungan yang erat antara penyakit jantung dan stroke, terjadinya gangguan atau kelainan jantung menyebabkan pemompaan darah ke seluruh bagian tubuh lainnya, termasuk ke otak menjadi tidak normal. Dari hal ini bisa dipahami hubungan yang erat antara penyakit

jantung dan stroke.

b. Hipertensi

Peningkatan tekanan darah dapat disebabkan oleh aterosklerosis atau sebaliknya. Proses ini dapat menimbulkan pecahnya pembuluh darah atau timbulnya thrombus sehingga dapat mengganggu aliran darah cerebral.

c. Aneurisma pembuluh darah cerebral

Adanya penebalan pada satu tempat yang diikuti oleh penipisan di tempat lain mengakibatkan kelainan pada pembuluh darah.

d. Diabetes Mellitus (DM)

Terjadinya peningkatan viskositas darah sehingga memperlambat aliran darah serebral dan adanya kelainan *microvaskuler* sehingga berdampak juga terhadap kelainan yang terjadi pada pembuluh darah serebral. Hal inilah yang mengakibatkan penderita DM berpotensi mengalami stroke.

e. Peningkatan kolesterol (*lipid total*)

Menjadi penyebab aterosklerosis dan terbentuknya embolus dari lemak disebut kolesterol tubuh yang tinggi.

f. Obesitas

Berat badan seseorang yang berlebih mengakibatkan gangguan pada pembuluh darah, salah satunya pembuluh darah otak, karena pada seseorang yang obesitas dapat

terjadi hipertensi dan peningkatan kadar kolesterol.

g. Rokok

Asap yang di hirup saat merokok akan menimbulkan *plaque* pada pembuluh darah oleh karena nikotin, sehingga terjadi aterosklerosis.

h. Kurang aktivitas fisik

Kurangnya aktivitas fisik dapat mengurangi kelenturan fisik termasuk kelenturan pembuluh darah (pembuluh darah menjadi kaku), dalam hal ini salah satunya adalah pembuluh darah otak.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Tarwoto (2013), manifestasi CVA tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada CVA akut gejala klinis meliputi :

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak.

Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

- 2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan 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 metabolik otak akibat hipoksia.

- 4) Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area Wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensorik pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren. Pada afasia global pasien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

5) Disartria (bicara cadel atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

6) Gangguan penglihatan, diplopia

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

7) Disfagia

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

8) Inkontinensia

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi, hal ini dikarenakan terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

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

2.1.6 Komplikasi CVA

Komplikasi CVA menurut (Goldszmidt, 2011 dalam Tunik et al., 2022) yaitu :

1) Fase akut

a. 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.

b. Kejang

Kejang mempersulit 5-20% stroke.

c. Trombosis vena

Insiden thrombosis vena sangat tinggi selama masa pemulihan thrombosis vena dapat dicegah dengan ambulasi dini, terapi fisik di tempat tidur dengan bantuan stoking yang ketat atau berisi udara.

d. Depresi

Sindrom depresi dapat sulit dikenali pada pasien stroke. Depresi sebaiknya dipikirkan bila terdapat pemulihan yang lambat dari yang diharapkan. Kurangnya kooperatif saat

terapi, emosi labil atau efek datar merupakan bentuk munculnya depresi.

e. Hipertensi

Hipertensi bisa merupakan penyebab maupun akibat dari stroke.

f. Infark miokard akut

Miokard infark terjadi hingga 20% pasien stroke akut dan merupakan penyebab umum kematian pada 1-4 minggu. Kadar ketekolamin yang tinggi yang menyertai penyakit stroke dapat memicu terjadinya angina dan miokard infark.

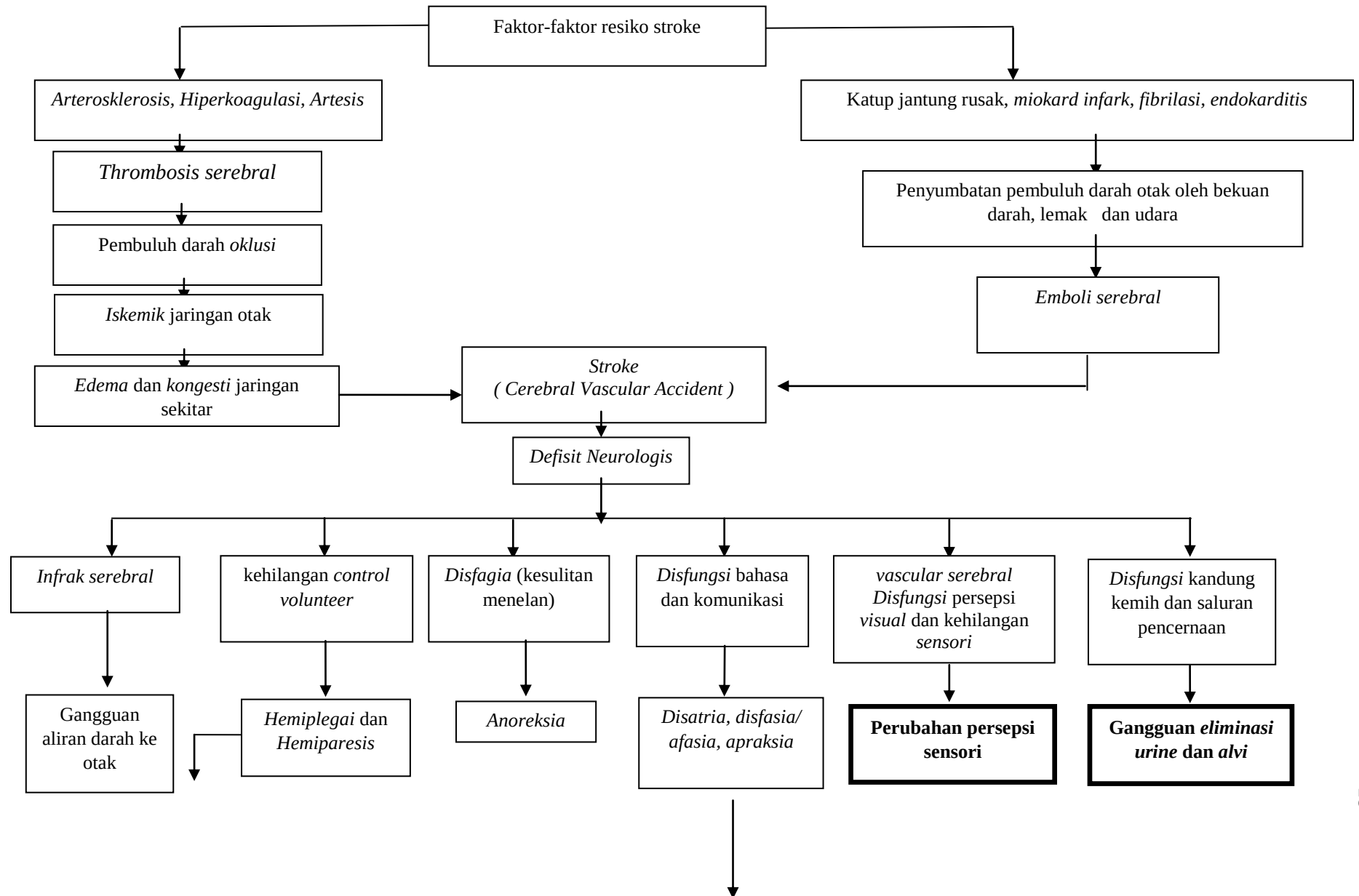
g. Sepsis

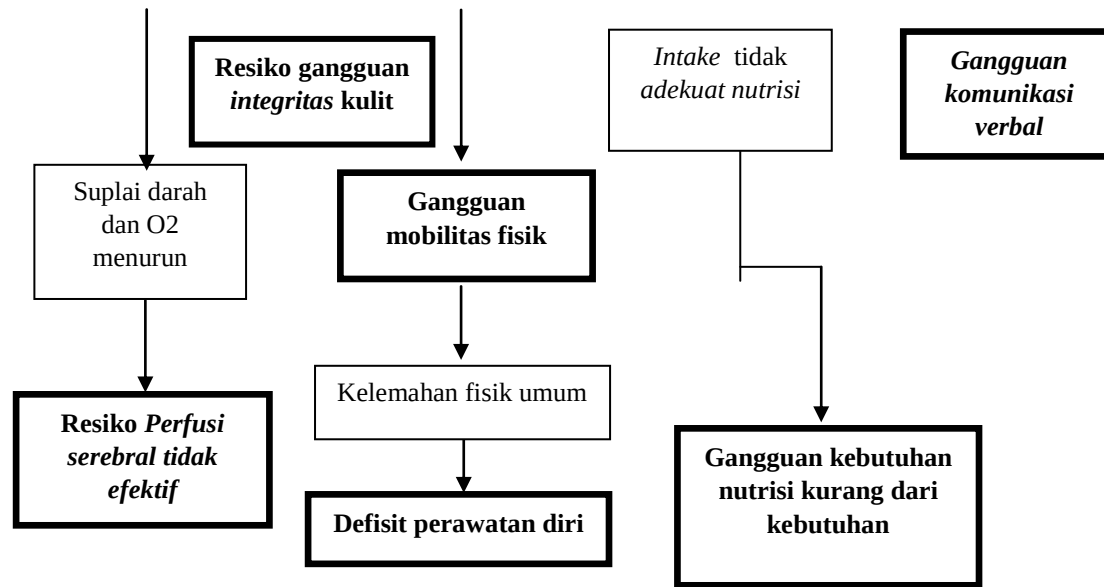
Serangan sepsis kebanyakan disebabkan oleh infeksi saluran kemih (pemasangan kateter yang lama, retensi urine) atau karena pneumonia.

h. Perdarahan saluran cerna

Kebanyakan serangan disebabkan oleh kerusakan mukosa gaster karena stress. Lesi dapat menyebabkan perforasi atau perdarahan saluran cerna.

2.1.7 Patofisiologi





Gambar 2.1 Patofisiologi *Stroke* (Muttaqin, 2008)

Uraian Patofisiologi

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 *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 pembuluh darah tidak bisa menahan tekanan darah sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah yang berakibat terjadinya perdarahan dan Aliran darah ke otak menurun yang mengakibatkan sel-sel di dalam otak mati. Kedua factor tersebut dapat menimbulkan *deficit neurologis* (saraf saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen sehingga muncul 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 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 control 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 *perubahan persepsi sensori*. Pada saluran pencernaan atas klien mengalami kesulitan menelan atau *disfagia* sehingga menimbulkan *anoreksia*, akibatnya *intake* makanan atau nutrisi tidak *adekuat* sehingga muncul masalah gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan *eliminasi alvi* dan terjadi disfungsi pada *kandung kemih* akibat kelemahan *otot sfingter* sehingga menimbulkan masalah gangguan eliminasi urine. (Muttaqin, 2008)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Hariyanto & Sulistyowati, 2015), yaitu :

- 1) MRI (*Magnetic Resonance Imaging*): menunjukkan daerah yang mengalami infark dan hemoragic.
- 2) CT Scan (*Computerized Tomografi Scanning*): 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 rupture.
- 5) EGC (*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

Nurarif dan Kusuma (2015), menyatakan penatalaksanaan pada stroke meliputi:

a. Stadium hiperakut

Pada stadium ini, dilakukan CT scan otak, elektrokardiografi, foto toraks, darah perifer lengkap dan jumlah trombosit, protombin time/INR, APTT, glukosa darah, kimia darah termasuk elektrolit, jika hipoksia, dilakukan analisis gas darah. Tindakan lain di instalasi rawat darurat adalah memberikan dukungan mental kepada pasien serta memberikan penjelasan pada keluarganya agar tetap tenang.

b. Stadium akut

Pada stadium ini, dilakukan penanganan faktor-faktor etiologik maupun penyulit. Juga dilakukan tindakan terapi fisik, okupasi, wicara, dan psikologis serta sosial untuk membantu pemulihan pasien. Penjelasan dan edukasi kepada keluarga pasien, menyangkut dampak stroke terhadap pasien dan keluarga serta tata cara perawatan pasien yang dapat dilakukan keluarga.

c. Stadium subakut

Tindakan medis dapat berupa terapi kognitif, tingkah laku, menelan, terapi wicara, dan bladder training (termasuk terapi fifik). Mengingat perjalanan penyakit yang panjang, dibutuhkan penatalaksanaan khusus intensif pasca stroke dirumah sakit dengan

tujuan kemandirian pasien, mengerti dan melaksanakan program preventif primer dan skunder. Terapi subakut antara lain:

- 1) Melanjutkan terapi sesuai kondisi akut sebelumnya
- 2) Penatalaksanaan komplikasi
- 3) Restorasi/rehabilitasi (sesuai kebutuhan pasien) yaitu fisioterapi, terapi wicara, terapi kognitif, dan terapi okupasi.
- 4) Preventif skunder

Edukasi keluarga dan Discharge Planning

Adapun farmakoterapi yang dapat diberikan adalah:

- a. Diuretika merupakan golongan obat yang berfungsi untuk mengeluarkan cairan dari tubuh. Pada kasus CVA pemberian diuretik bertujuan untuk menurunkan edema serebral.
- b. Anti koagulan: Anti koagulan adalah obat yang mencegah pembekuan darah. Pembekuan darah dapat berupa trhombus dan emboli. Pemberian obat anti koagulan pada kasus CVA bertujuan untuk mencegah pemberatnya trombosis dan embolisasi.
- c. Kortikosteroid merupakan obat yang berperan dalam mencegah proses inflamasi. Kortikosteroid bertujuan untuk mengurangi pembekakan dan peningkatan tekanan dalam otot.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistic, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang di hadapi klien.

Proses keperawatan adalah aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara sistematis. Menurut Semachew, (2018) Proses keperawatan mencakup lima langkah : pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis, mulai dari pengumpulan data, identifikasi dan evaluasi status kesehatan klien (Tarwoto, 2013 dalam Tunik *et.al.*, 2022). Pengkajian secara umum pada klien yang mengalami CVA antara lain:

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register, diagnosa medis (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

b. Keluhan utama

Umumnya penderita datang ke rumah sakit dengan keluhan kelemahan anggota gerak satu sisi tubuh, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi atau penurunan tingkat kesadaran (Tunik *et. al.*, 2022).

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke biasanya terjadi sangat mendadak pada saat klien sedang beraktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan terjadi kejang hingga tidak sadar. Selain gejala kelumpuhan separuh tubuh atau gangguan fungsi otak yang lainnya (Tunik *et.al.*, 2022).

Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran yang disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku umum terjadi. Sesuai pada perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan koma (Tunik *et.al.*, 2022).

d. Riwayat penyakit dahulu

Lakukan pengkajian terhadap riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat antikoagulen, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kecanduan. Adanya riwayat merokok, mengonsumsi alkohol dan obat kontrasepsi oral (Tunik *et.al.*, 2022).

e. Riwayat penyakit keluarga

Umumnya terdapat riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus atau adanya riwayat dari generasi terdahulu (Muttaqin, 2011 dalam Tunik *et.al.*, 2022).

f. Riwayat psikososio spiritual

Lakukan pengkajian terhadap kemampuan dan kemauan penderita untuk melakukan aktivitas spiritual selama sakit (Tunik *et.al.*, 2022).

g. Pola interaksi dan komunikasi

Penderita stroke yang mengalami pelo dan cedal akan mengalami hambatan dalam berkomunikasi, menyampaikan pesan atau menerima pesan dari orang lain (Tarwoto, 2013 dalam Tunik *et.al.*, 2022).

h. Konsep diri

Pengkajian konsep diri dilakukan lengkap pada penderita stroke, yang meliputi gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran diri, identitas diri. Perubahan peran, perubahan status kesehatan, perubahan kemampuan melakukan aktivitas sering mengubah konsep diri pasien stroke. Perasaan tidak berharga dalam keluarga akibat sakit, sering mengikuti gejala yang dialami penderita stroke (Tunik *et.al.*, 2022).

i. Pola hubungan dan peran

Terdapat gangguan bicara sehingga klien mengalami kesukaran dalam peran perhubungan (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

j. Pola persepsi dan konsep diri

Mudah marah, tidak kooperatif, dan merasa tidak ada harapan karena klien merasa tidak berdaya (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

k. Pola aktivitas dan latihan

Terdapat kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/hemiplegi, mudah lelah saat beristirahat (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

l. Pola tidur dan istirahat

Terdapat kesusahan dalam beristirahat karena kejang dan nyeri otot beristirahat (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

m. Pola eliminasi

Adanya konstipasi karena penurunan peristaltik usus yang merupakan pola defekasi, dan terdapat inkontinensia urine (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

n. Pola makan

Terdapat kesulitan menelan, nafsu makan menurun, terdapat mual muntah pada fase akut (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

o. Pola personal hygiene

Pada penderita stroke dengan hemiplegi dan hemiparase akan mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene (Tunik *et.al.*, 2022).

p. Pola Sensori dan kognitif

Terdapat gangguan penglihatan/ kekaburan pandang, sentuhan/ perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif (Tarwoto, 2013 dalam Kusyanti, 2022).

q. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum pasien tergantung pada gejala tingkat kesadaran yang dialami oleh penderita (Tunik *et. al.*, 2022).

2) Tanda vital

Penderita stroke yang memiliki tekanan darah tinggi sering terjadi peningkatan tekanan darah kurang lebih 180/80 mmhg, frekuensi nadi normal, suhu dalam batas normal. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama (Tunik *et. al.*, 2022).

3) Pemeriksaan Kepala dan Wajah

a) Kepala

Bagaimana penyebaran rambut, alopesia, kebersihan kepala, benjolan, abnormal, dan hematoma yang dapat

diindikasikan adanya trauma kepala. Nyeri tekan juga bisa diindikasikan pada tekanan intrakranial (Tarwoto, 2013).

b) Wajah

Periksa hemiparesis/hemiplegia pada wajah, mulut mencong ke arah salah satu sisi wajah, wajah pucat. Pada Palpasi umumnya tidak terdapat nyeri tekan (.Muttaqin, 2008 dalam Tunik *et al.*, 2022).

c) Telinga

Menurut (Nursalam, 2011 dalam Kusyanti 2022) :

Inspeksi : kesimetrisan telinga, adanya serumen, adanya polip, adanya lesi dan fungsi pendengaran masih baik atau tidak

Palpasi : terdapat nyeri tekan dan polip atau tidak

d) Mata

Periksa konjungtiva, bisa berwarna 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 Papiledema akibat peningkatan tekanan intrakranial yang mendesak tekanan intraokuler, 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 (Muttaqin, 2008 dalam Tunik *et al.*, 2022).

e) Hidung

Menurut (Nursalam, 2011 dalam Kusyani 2022) :

Inspeksi : kesimetrisan hidung, adanya sekret, adanya polip, adanya lesi, adanya cuping hidung, terpasang selang oksigen 2 liter/tidak

Palpasi : terdapat neyri tekan dan polip / tidak

f) Mulut dan faring

Periksa mulut akan munculnya mencong ke salah satu wajah dan penurunan koordinasi gerakan mengunyah akibat paralisis, ketidakmampuan 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, distatria, afasia (Muttaqin, 2008 dalam Tunik *et al.*, 2022).

g) Pemeriksaan leher

Menurut (Nursalam, 2011 dalam Kusyani 2022) :

Inspeksi : adanya pembesaran kelenjar tiroid, adanya edema, lesi atau tidak, penarikan otot bantu nafas atau tidak

Palpasi : adanya pembesaran kelenjar tiroid, adanya

nyeri tekan atau tidak.

h) Pemeriksaan dada / thorax

1. Inspeksi : Pada sistem pernapasan pernapasan tidak ada kelainan, klien dengan tingkat kesadaran Composmentis. Pada pemeriksaan jantung biasanya ictus cordis tidak terlihat.
2. Palpasi : Didapatkan tatil vrementus seimbang kanan dan kiri. Pada pemeriksaan jantung teraba ictus cordis pada ICS V linea midclavicularis sinistra.
3. Perkusi : Pada pemeriksaan paru adalah suara sonor, pada pemeriksaan jantung suara pekak.
4. Auskultasi : Pada klien dengan tingkat kesadaran composmentis tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada klien dengan penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapat bunyi nafas tambahan seperti ronkhi karena kemampuan batuk yang menurun sehingga produksi secret meningkat. Pada pemeriksaan jantung tidak terdapat bunyi jantung tambahan.

i) Pemeriksaan abdomen

Menurut (Nursalam, 2011 dalam Kusyanti 2022) :

Inspeksi : kesimetrisan abdomen, keadaan abdomen
(lesi dan edema)

Auskultasi : terdengar bising usus normal atau tidak

Perkusi : terdengar suara tympani

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan pada 4 kuadran

j) Pemeriksaan integumen

Penderita yang mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Selain itu perlu dikaji adanya tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien harus bedrest selama 2-3 minggu (Ginting, 2015 dalam Tunik *et. al.*, 2022).

k) Pemeriksaan ekstremitas

85% penderita stroke mengalami kelemahan pada ekstremitas (Tunik *et. al.*, 2022).

l) Pemeriksaan genetalia dan anus

Terkadang klien mengalami inkontensia atau retensi urin (Tarwoto, 2013 dalam Tunik *et. al.*, 2022).

m) Pemeriksaan neurologis

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 (Tunik *et. al.*, 2022).

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 (Tunik *et. al.*, 2022).
3. Nervus III (Okulomotoris) : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata (Tunik *et. al.*, 2022).
4. Nervus IV (Trochlearis) : klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah (Tunik *et. al.*, 2022).
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 (Tunik *et. al.*, 2022).
6. Nervus VI (Abducens) : klien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri (Tunik *et. al.*, 2022).

7. Nervus VII (Facialis) : klien mengalami ketidaksimetrisan wajah saat meringis atau tersenyum (Tunik *et. al.*, 2022).
 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 (Tunik *et. al.*, 2022).
 9. Nervus IX (Glosofaringeus) : klien dapat menyebutkan dan membedakan rasa makanan (Tunik *et. al.*, 2022).
 10. Nervus X (Vagus) : kemampuan klien tidak baik, kesukaran menelan ludah dan makanan (Tunik *et. al.*, 2022).
 11. Nervus XI (Asesorius) : klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat (Tunik *et. al.*, 2022).
 12. Nervus XII (Hiploglosus) : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara (Tunik *et. al.*, 2022).
- n) Pemeriksaan motorik : hampir sering terjadi kelemahan pada salah satu sisi tubuh / kelumpuhan (Nursalam, 2011 dalam Kusyani 2022).

o) Pemeriksaan sensorik : dapat terjadi hemihespestesi
(Nursalam, 2011 dalam Kusyani 2022).

p) Tes diagnostik

- 1) Hasil rontgen kepala dan medulla
- 2) *Electro encephalografi*
- 3) Lumbal pungsi
- 4) *Computerized Tomografi Scaning* (CT-Scan)
- 5) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)
- 6) Pemeriksaan laboratorium darah.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

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

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

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017).

Definisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

Penyebab:

- a) Keabnormalan masa protombin dan/atau masa tromboplastin parsial

- b) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- c) Aterosklerosis aorta
- d) Diseksi arteri
- e) Fibrilasi atrium
- f) Tumor otak
- g) Stenosis karotis
- h) Miksoma atrium
- i) Aneurisma serebri
- j) Koagulopati (mis. Anemia sel sabit)
- k) Dilatasi kardiomiopati
- l) Koagulasi intravaskuler diseminata
- m) Embolisme
- n) Cedera kepala
- o) Hipertensi
- p) Hiperkolesteronemia
- q) Endokarditis infeksi
- r) Katup prostetik mekanis
- s) Stenosis mitral
- t) Neoplasma otak
- u) Infark miokard akut
- v) Sindrom sick sinus
- w) Penyalahgunaan zat
- x) Terapi trombolitik

y) Efek samping tindakan (mis. Tindakan operasi bypass)

2. Gangguan mobilitas fisik (D.0054).

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

Penyebab:

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskolasketal
- l) Gangguan neuromaskular
- m) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan

- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensori presepsi

Data Subyektif: Pasien tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah.

Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

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

3. Gangguan persepsi sensori (D.0085)

Definisi : Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi.

Penyebab:

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan Penghiduan
- d) Gangguan Perabaan

- e) Hipoksia serebral
- f) Penyalahgunaan zat
- g) Usia lanjut
- h) Pemajanan toksin lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

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

4. Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

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

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebral
- b) Gangguan neuromuskuler

- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan palatum
- f) Hambatan fisik
- g) Hambatan individu
- h) Hambatan psikologis
- i) Hambatan lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai

Gejala dan Tanda Minor

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

5. 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 mengabsorpsi nutrisi
- d) Faktor ekonomi
- e) Faktor psikologis

6. Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

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

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Menolak melakukan perawatan diri	1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

7. Gangguan eliminasi urine (D.0040)

Definisi : Disfungsi eliminasi urine

Penyebab :

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

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Desakan berkemih (urgensi) 2. Urin menetes (dribbling) 3. Sering buang air kecil 4. Nokturia 5. Mengompol 6. Enuresis	1. distensi kandung kemih 2. berkemih tidak tuntas (hesitancy) 3. volume residu urin meningkat

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

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

Menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2017), intervensi dari diagnosa CVA diatas adalah:

No.	SDKI	SLKI	SIKI	Rasional
1	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Sakit kepala menurun 3) Gelisah menurun 4) Tekanan arteri rata-rata (mean arterial pressure/ MAP) membaik 5) Tekanan intra kranial membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3) Monitor MAP (mean arterial pressure) 4) Monitor status pernapasan 5) Monitor intake dan output cairan 6) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) Terapeutik 7) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 8) Berikan posisi semi fowler 9) Hindari manuver valsava 10) Cegah terjadinya kejang 11) Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 12) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 13) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 14) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	1) deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tandatanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan 2) Untuk mengetahui potensial peningkatan TIK 3) Menghitung tekanan rata-rata arteri, menggambarkan perfusi rata-rata dari peredaran darah sistemik untuk menjamin perfusi otak, perfusi arteri koronaria dan perfusi ginjal tetap terjaga 4) pemantauan sesak napas atau henti napas 5) untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syock hipovolemik 6) untuk mengetahui cairan yang keluar dari kepala 7) agar klien tidak mengalami depresi dimana bila terjadi depresi maka tekanan darah akan naik saat tekanan darah naik maka jantung memompa begitu cepat ke seluruh tubuh dan menekan otak yang menyebabkan tekanan intrakranial 8) memberikan posisi nyaman bagi klien 9) bila ekspirasi paksa dengan menutup bibir dan menutup hidung dapat meningkatkan TIK, manuver vaisava dilakukan bila telinga berdenging

				10) kejang dapat meningkatkan TIK sehingga terjadi shock 11) suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan rileks dengan suhu yang normal 12) Sebagai terapi anti kejang 13) Sebagai terapi untuk menghambat reabsorpsi air dan natrium dan meningkatkan osmolaritas darah dan jantung 14) Sebagai terapi bila mana terjadi permasalahan pada sistem pencernaan
2	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Ambulasi (I.06171) Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3) Mempertahankan lingkungan yang nyaman Terapeutik 4) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) 5) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi 7) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda,	1) Untuk mengetahui apakah klien ada keluhan fisik lain. 2) Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan aktivitasnya. 3) Untuk mengetahui kondisi Kesehatan klien 4) Untuk mempercepat proses penyembuhan dan segera memandirikan klien. 5) Sebagai support system agar klien semangat untuk segera pulih. 6) Untuk meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan coping emosional pada klien 7) Untuk memberikan pengetahuan kepada klien mengenai apa yang harus dilakukan pada ambulasi sederhana.

			berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)	
3	Gangguan persepsi sensori (D.0085)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil : 1) Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2) Distorsi sensori menurun 3) Perilaku halusinasi menurun 4) Respons sesuai stimulus membaik	Minimalisasi Rangsangan (I.08241) Observasi 1) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan) Terapeutik 2) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang) 3) Batasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas) 4) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat 5) Kombinasikan prosedur/Tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan Edukasi 6) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) Kolaborasi 7) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus	1) Untuk mengetahui status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan pasien 2) Untuk mengetahui tingkat toleransi terhadap beban sensori 3) mempertahankan stimulus lingkungan yang normal untuk siang-malam hari 4) Agar aktivitas dan waktu istirahat pasien terjadwal 5) Untuk mengetahui prosedur dan tindakan dalam satu waktu 6) Agar pasien mengetahui cara meminimalisasi stimulus 7) Membantu proses penyembuhan
4	Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan berbicara meningkat 2) Kesesuaian ekspresi	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492) Observasi 1) Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan	1) Untuk mengetahui proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 2) Untuk mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 3) Sebagai bentuk dukungan dan

		wajah/tubuh meningkat	Bahasa) 2) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 3) Ulangi apa yang disampaikan pasien 4) Berikan dukungan psikologis 5) Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi 6) Anjurkan berbicara perlahan 7) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara Kolaborasi 8) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	memperbaiki kesalahan 4) Untuk meningkatkan semangat dan kepercayaan diri pasien 5) Untuk mempermudah komunikasi 6) Sebagai permulaan latihan dilakukan perlahan untuk mempermudah 7) Agar pasien dan keluarga paham dan melakukan tindakan dengan benar 8) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat
5	Resiko gangguan nutrisi (D.0032)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2) Berat badan membaik 3) Indeks massa tubuh (IMT) membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi makanan yang disukai 3) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 4) Monitor asupan makanan 5) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 6) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 7) Berikan suplemen makanan, jika perlu 8) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika	1) Untuk mengetahui status nutrisi pasien 2) Untuk menarik kemampuan atau keinginan makan pasien 3) Untuk mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan pasien 4) Untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien 5) Untuk mengetahui ada tidaknya kelainan dalam hasil laboratorium 6) Untuk menambah nafsumakan pasien 7) Untuk menambah stamina pasien 8) Untuk menghindari adanya ketergantungan pasien pada perawat

			asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 9) Ajarkan posisi duduk, jika mampu 10) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 11) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu	9) Untuk memudahkan pasien makan 10) Agar pasien memahami diet yang sedang dijalani saat ini 11) Untuk menentukan asupan kalori yang diperlukan dan untuk mempertahankan berat badan yang sudah ditentukan
6	Defisit perawatan diri (D.0109)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3) Kemampuan makan meningkat 4) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6) Minat melakukan perawatan diri meningkat	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 melakukan perawatan diri sampai mandiri 7) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 8) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 9) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai	1) Untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Untuk memonitor tingkat kemandirian 3) Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 4) Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 5) Menyiapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 6) Untuk menghindari hal yang tidak diinginkan saat melakukan perawatan diri sampai mandiri 7) Memfasilitasi kemandirian pasien bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 8) Menentukan jadwal rutinitas perawatan diri pasien 9) Untuk melatih kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri

			kemampuan	
7	Gangguan eliminasi urine (D.0040)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka eliminasi urine membaik dengan kriteria hasil : 1) Pola BAK normal 2) Klien dapat berkomunikasi sebelum BAK 3) Kulit bersih dan kering 4) Terhindar dari infeksi saluran kemih	Dukungan Perawatan Diri : BAB/BAK (I.11349) Observasi : 1) Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia 2) Monitor integritas kulit klien Terapeutik : 3) Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi 4) Dukung penggunaan toilet/commode/pispot/u rinal secara konsisten 5) Jaga privasi selama eliminasi 6) Ganti pakaian klien setelah eliminasi, jika perlu 7) Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan 8) Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu 9) Sediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal), jika perlu Edukasi : 10) Anjurkan BAK/BAB secara rutin 11) Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu	1) Untuk mengetahui kebiasaan BAK/BAB sesuai usia 2) Untuk mengetahui adanya integritas kulit 3) Untuk memudahkan klien eliminasi 4) Dukungan penggunaan toilet/commode/pispot /urinal secara teratus 5) Menjaga privasi klien 6) Mengganti pakaian klien 7) Membersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan 8) Melatih BAK/BAB, jika perlu 9) Menyediakan alat bantu seperti kateter eksternal, urinal, jika perlu 10) Menganjurkan klien BAK/BAB secara rutin 11) Menganjurkan klien ke kamar mandi/toilet, jika perlu

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, Wahit Iqbal et al, 2015). Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2 yaitu:

a. Tindakan Keperawatan Mandiri

Tindakan yang dilakukan Tanpa Pesanan Dokter. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan oleh perawat. Misalnya menciptakan lingkungan yang tenang.

b. Tindakan Keperawatan Kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat apabila perawat bekerja dengan anggota perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertahan untuk mengatasi masalah klien.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain (Suwignjo et al., 2022).

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 (Subyektif, Obyektif, Assessment, Planning). Adapun penjelasan lebih lanjut sebagai berikut:

- 1) S (Subyektif) : yaitu keluhan-keluhan klien (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien).
- 2) O (Obyektif) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.
- 3) A (Analisis) : yaitu suatu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.
- 4) P (Planning) : yaitu rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya.