

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi

CVA *infark* adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di otak (Glen Y. C. R. Kabi, 2015). factor risiko yang memicu tingginya angka kejadian CVA *infark* adalah factor yang tidak dapat dimodifikasi (non-modifiable risk factors) seperti usia, ras, gender, genetik, dan riwayat Transient Ischemic Attack atau stroke sebelumnya sedangkan faktor yang dapat dimodifikasi (modifiable risk factors) berupa hipertensi, merokok, penyakit jantung, diabetes, obesitas, penggunaan oral kontrasepsi, alkohol, hiperkolestroleemia (Kementrian Kesehatan RI, 2022). CVA Infark mencakup transient ischemic attack, stroke in evolution, thrombotic stroke, embolic stroke, dan stroke akibat kompresi seperti tumor, abses, dan granuloma. CVA Infark merupakan oklusi akut dari pembuluh darah intrakranial yang menyebabkan berkurangnya aliran darah ke wilayah otak disuplai (Ni Made Trismarani Sultradewi Kesuma, 2019).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa CVA Infark merupakan kerusakan jaringan otak karena gangguan aliran darah ke otak, sehingga mengalami kekurangan pasokan oksigen ke otak.

2.1.2 Anatomi Fisiologis

1) Anatomi Fisiologi Otak

Berat otak manusia sekitar 1400 gram, tersusun oleh kurang lebih 100 triliun neuron yang berisi sekitar 1200 cc dan terdiri dari beberapa bagian yaitu :

a) Otak

Otak merupakan alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat pengontrol semua alat tubuh yang terdiri atas serebrum, cerebellum, dan batang otak.

1) Serebrum

Merupakan bagian yang terluas dan terbesar dari otak, berbentuk telur, mengisi penuh bagian depan atas rongga tengkorak. Pada otak besar ditemukan empat lobus: lobus frontal, parietal, temporal, dan oksipital. serebrum terdiri dari dua belahan yang terdiri dari dua belahan yang disebut himisfer serebri, dan keduanya dipisahkan oleh firusa longitudinalis. Hemisfer cerebri terbagi menjadi hemisfer kanan dan kiri. Hemisfer kanan dan kiri ini dihubungkan oleh bangunan yang disebut corpus collosum (Tarwoto,2013).

a) Lobus frontalis, yaitu bagian dari serebrum yang terletak di depan sulkus sentralis, yang berfungsi sebagai aktivitas motorik, fungsi intelektual, emosi

dan fungsi fisik. Kerusakan pada area lobus kontralisis dapat mengakibatkan aphasia motorik (ekspresif) yang ditandai ke tidak mampuan pasien untuk mengungkapkan pikiran-pikiran yang dapat di mengerti dalam bentuk bicara.

- b) Lobus perientalis, yaitu terdapat di depan sulkus sentralis dan di belakang oleh karaco oksipitalis. Berfungsi sebagai proses input sensori, sensasi posisi, sensasi raba, tekan dan perubahan suhu ringan. Bila terjadi pada area lobus parietalis dapat mengakibatkan pasien tidak dapat mengenali dan mengenali rangsangan raba ringan, diskriminasi dan menentukan lokasi raba.
- c) Lobus pastoralis, yaitu terdapat di bawah lateral dari fisura serebralis dan di depan lobus oksipitalis. Dan fungsi nya sebagai input perasa, pendengaran, pengecap, pnciuman dan proses sensori. Jika terjadi kerusakan dapat mengakibatkan gangguan bicara atau menulis karena ketidakmampuan menangkap suara luar.
- d) Lobus oksipitalis, yang mengisi bagian belakang dari cerebrum. Lobus oksipitalis berfungsi untuk penerima informasi menafsirkan warna dan refleksi visual.

2) Cerebellum Terletak pada bagian bawah dan belakang tengkorak dipisahkan dengan serebrum oleh fisura transversalis dibelakangi oleh pons varoli dan diatas medulla oblongata.

3) Batang Otak

a) Diensefalon, merupakan bagian batang otak paling atas terdapat diantara serebelum dengan mesensefalon. Fungsi nya untuk mengecilkan pembuluh darah, membantu proses persarafan, mengontrol kegiatan reflek, dan membantu kerja jantung, price dan Wilson (2005).

b) Mesensefalon, atap dari mesensefalon terdiri dari empat bagian yang menonjol keatas, pons varoli merupakan penghubung mesensefalon, pons varoli dan serebelum.

c) Medulla oblongata merupakan bagian otak paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis. Selain itu masih ada lagi beberapa bagian dalam menjalankan fungsi otak antara lain:

1) Meningen adalah selaput yang membungkus otak dan sumsum tulang belakang, melindungi struktur saraf halus yang membawa pembuluh darah dan cairan sekresi memperkecil benturan atau getaran

yang terdiri dari tiga lapisan.

a) Durameter: selaput keras pembungkus otak yang berasal dari jaringan ikat tebal dan kuat.

b) Arakhroid: merupakan selaput halus yang memisahkan durameter dengan piameter membentuk sebuah kantong atau balon berisi cairan otak yang meliputi seluruh susunan saraf sentral.

c) Piameter: merupakan selaput tipis yang terdapat pada permukaan jaringan otak.

2) Sistem ventrikel terdiri dari beberapa rongga dalam otak yang berhubungan dengan satu sama lainnya ke dalam rongga itu, menghasilkan cairan serebrospinal.

3) Sistem ventrikel terdiri dari beberapa rongga dalam otak yang berhubungan dengan satu sama lainnya ke dalam rongga itu, menghasilkan cairan serebrospinal.

4) Medula spinalis merupakan bagian susunan saraf pusat yang terletak di dalam kanalis vertebralis bersama ganglion radiks posterior yang terdapat pada setiap foramen intervertebralis terletak berpasangan kiri dan kanan. Dalam medulla

spinalis keluar 31 pasang saraf, terdiri dari:
servikal 8 pasang, torakal 12 pasang lumbal 5
pasang, sakral 5 pasang dan koksigial 1 pasang.

- 5) Saraf perifer terdiri dari saraf somatik dan saraf otonom. Saraf somatik adalah susunan saraf yang mempunyai peranan spesifik untuk mengatur aktivitas otot sadar atau serat lintang. Sedangkan saraf otonom adalah saraf-saraf yang bekerjanya tidak dapat disadari dan bekerja secara otomatis.

2) Nervus Cranialis

Tabel 2.1 Nervus Cranialis ,(Tarwoto, 2013)

Nama	Jenis	Fungsi
I Olfaktorius	Sensori	Menerima rangsang dari hidung dan menghantarkannya ke otak untuk diproses sebagai sensasi bau
II Optikus	Sensori	Menerima rangsang dari mata dan menghantarkannya ke otak untuk diproses sebagai persepsi visual
III Okulomotor	Motorik	Menggerakkan sebagian besar otot mata
IV Troklearis	Motorik	Menggerakkan beberapa otot mata
V Trigemini	Gabungan	Sensori : menerima rangsangan dari wajah untuk diproses di otak sebagai sentuhan Motorik : menggerakkan rahang
VI Abduksen	Motorik	Abduksi

VII Fasialis	Gabungan	Sensori : menerima rangsang dari bagian anterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa Motorik : mengendalikan otot wajah untuk menciptakan ekspresi wajah
VIII Vestibulokoklearis	Sensori	Sensori sistem vestibular: mengendalikan keseimbangan Sensori koklea : menerima rangsang untuk diproses di otak sebagai suara
IX Glosfaringeal	Gabungan	Sensori : menerima rangsang dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa Motorik : mengendalikan organ-organ dalam
X Vagus	Gabungan	Sensori: menerima rangsang dari organ dalam Motorik mengendalikan organ-organ dalam
XI Aksesorius	Motorik	Mengendalikan pergerakan kepala
XII Hipoglossus	Motorik	Mengendalikan pergerakan lidah

2.1.3 Klasifikasi CVA *Infark*

CVA *Infark* terjadi akibat suplai darah ke jaringan darah berkurang hal ini terjadi dikarenakan adanya obstruksi total atau sebagian pada pembuluh darah otak. Menurut Tarwoto (2013) mekanisme terjadinya CVA *Infark* dibagi menjadi beberapa kategori yaitu trombosis, emboli, perfusi sistemik, penyempitan lumen arteri dan venous congestion.

1) Trombosis

Penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik. Hambatan ke aliran darah ke otak menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen atau hipoksia. Faktor terjadinya trombosis adalah adanya lipohialinosis, invasi vaskuler oleh tumor, penyakit gangguan pembekuan darah seperti Disseminated Intravascular Coagulasi (DIC) dan Trombotic Trombositopenic Purpura (TTP).

2) Emboli

Emboli yang dapat berasal dari udara, tumor, lemak, dan bakteri yang ada pada saluran darah sehingga menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah otak. Sumber emboli diantaranya adalah udara, tumor, lemak, dan bakteri. Paling sering terjadi trombosis berasal dari dalam jantung, juga berasal dari plak aterosklerosis sinus karotikus atau arteri karotis interna.

3) Penyempitan lumen arteri

Bisa terjadi karena infeksi, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

4) Hipoperfusi sistemik

Hipoperfusi sistemik disebabkan menurunnya tekanan arteri misalnya karena cardiac arrest, embolis pulmonal, miokardial infark, aritmia, syok hipovolemik.

2.1.4 Etiologi

CVA Infark biasanya disebabkan karena adanya beberapa gumpalanyang menyumbat pembuluh darah dan menimbulkan hilangnya suplai darah ke otak. Gumpalan dapat berkembang dari akumulasi lemak atau plak aterosklerotik di dalam pembuluh darah. Faktor lain penyebab terbanyak dari kasus CVA Infark 30% adalah kriptogenik. Emboli bisa terjadi baik dari arteri intra atau ekstrakranial (termasuk arkus aorta) atau seperti pada 20 % kasus stroke iskemik dari jantung.

1) Trombus

Trombosis merupakan pembentukan bekuan darah dalam arteri sehingga suplai darah ke jaringan otak terganggu, apabila bertahan lama dapat menyebabkan stroke iskemik. Trombosis sering terkait oleh patologi dalam endotelium lokal seperti plak aterosklerosis. Berdasarkan lokasi penyumbatan di otak, trombosis dibagi menjadi dua yaitu trombosis pembuluh besar dan trombosis pembuluh kecil. Trombosis pembuluh besar disebabkan karena adanya plak ateromatosa yang dapat terdegradasi menjadi pecah dan menimbulkan lesi ulserasi yang bersifat trombogenik. Ulserasi sendiri dapat menyebabkan terjadinya trombosis atau embolisasi dari trombotik di lokasi ulserasi. Trombosis pembuluh kecil diameter 400-900 m disebabkan adanya microateromatosis dalam infark lakunar.

2) Embolisme Emboli adalah gumpalan darah yang dapat terpecah secara luas untuk melakukan perjalanan melalui pembuluh darah. Lokasi pembuluh darah otak atau koroner kemungkinan dapat

berdampak fatal. Terjadinya emboli dapat disebabkan karena adanya gumpalan lemak yang dikeluarkan oleh suntikan udara atau benda asing yang dimasukkan ke dalam aliran darah melalui infus atau intraarteri. Meskipun hati merupakan sumber yang paling umum terjadinya emboli, tidak sedikit yang terjadi ke otak melalui pembuluh darah serebral dan menumpuk di pembuluh sehingga mengarah ke stroke. Hal yang dapat diakibatkan oleh terjadinya embolisme yaitu infeksi endokarditis, dimana terdiri dari campuran tromosit, fibrin, dan fragmen bakteri yang lebih mengarah ke emboli pembuluh darah serebral. Nonbakterial trombotic (marantic) endokarditis dapat terjadi dalam konteks keparahan atau kondisi peradangan lainnya. Plak ateromatosa dalam aorta dan arteri karotis dapat menjadi luka atau secara mekanis terganggu dan mengarah ke embolisasi kolesterol.

- 3) Aterosklerosis Salah satu penyakit paling umum yang mempengaruhi arteri adalah aterosklerosis. Hal ini disebabkan karena adanya endapan plak lemak pada dinding pembuluh arteri. Sementara pembentukan lesi aterosklerosis dapat mempengaruhi arteri terutama pada arteri koroner jantung yang paling sering terkena (ulfah, 2017).

2.1.5 Faktor Resiko

Beberapa faktor penyebab stroke menurut Nurarif dan Kusuma (2015), meliputi :

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

(1)Jenis kelamin : Pria lebih sering ditemukan menderita stroke

dibandingkan wanita.

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

(3)Keturunan : adanya riwayat keluarga yang terkena stroke.

2) Faktor yang dapat diubah (*Reversible*)

1) Hipertensi

2) Penyakit jantung

3) Kolesterol tinggi

4) Obesitas

5) Diabetes mellitus

6) Polisitemia

7) Stress emosional

3) Kebiasaan hidup

1) Merokok

2) Minum-minuman alcohol

3) Obat-obatan terlarang

4) Aktivitas yang tidak sehat : kurang olahraga, makanan yang berkolesterol.

2.1.6 Manifestasi Klinis

CVA Infark menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi pembuluh darah mana yang tersumbat, ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral sekunder atau aksesori. Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pada CVA Infark sendiri gejala klinis nya biasanya lebih tenang, jarang terdapat tekanan intra kranial, kecuali jika terjadi okulasi di arteri besar terjadi

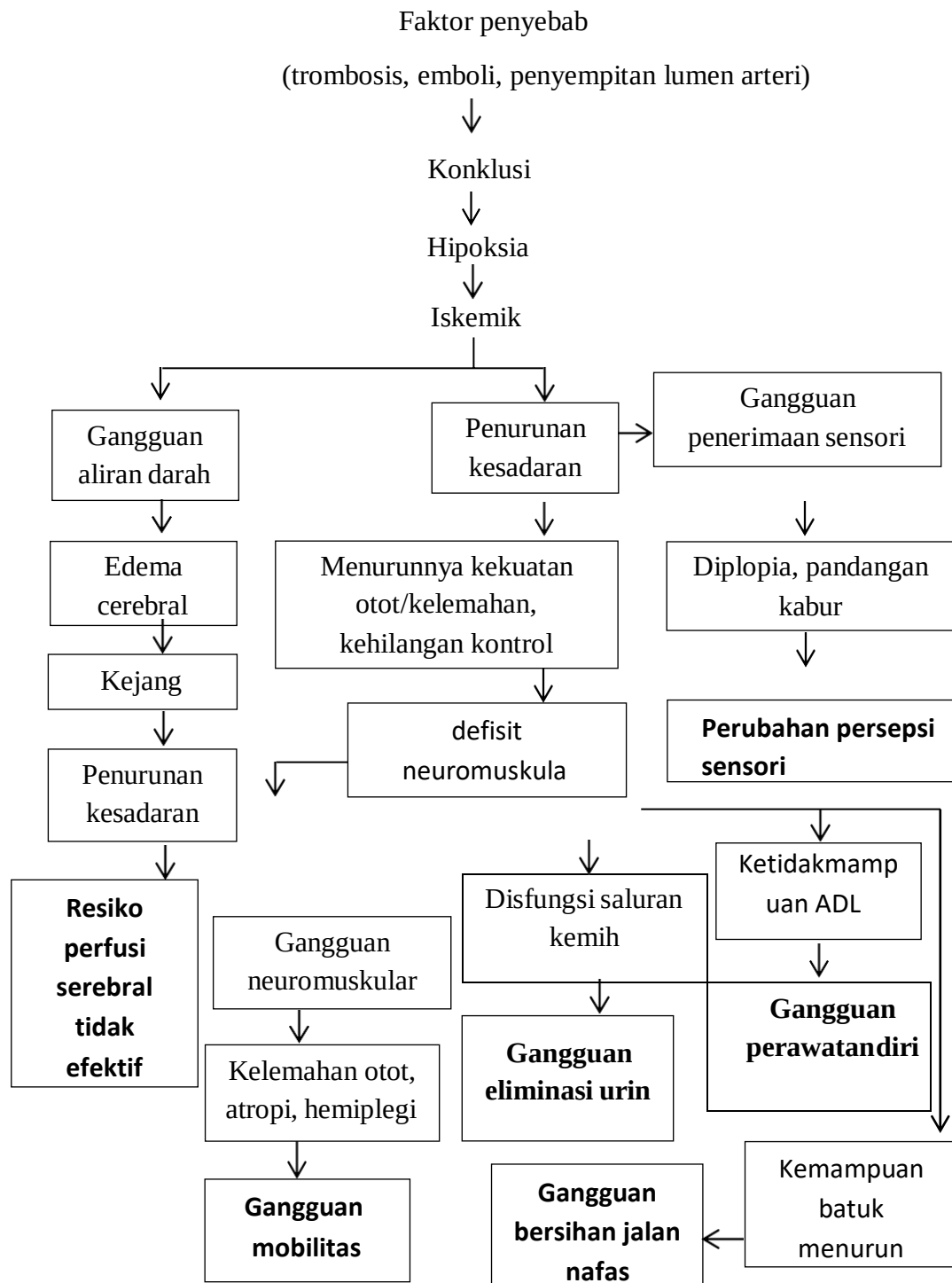
hipoksia yang cukup berat sehingga menyebabkan edema dan adanya edema akan meningkatkan tekanan intra kranial sehingga pasien juga dapat mengalami sakit kepala dan penurunan kesadaran. Manifestasi yang umumnya terjadi menurut yaitu:

- 1) Kelemahan alat gerak
- 2) Penurunan kesadaran
- 3) Gangguan penglihatan
- 4) Gangguan komunikasi
- 5) Sakit kepala
- 6) Gangguan keseimbangan

Tanda gejala ini biasanya terjadi secara mendadak, fokal, dan mengenai satu sisi (LeMone, 2015).

2.1.7 Patofisiologi

1) Pathway



Gambar 2.1 pathway CVA Infark menurut Tarwoto (2013)

2) Uraian

Faktor penyebab dari stroke iskemik yaitu ada trombosis, emboli, dan penyempitan lumen arteri, ketiga hal tersebut dapat menyebabkan konklusi (penyumbatan) dalam pembuluh darah otak. Hambatan aliran darah ke otak menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen atau hipoksia kemudian menjadi iskemik. Selanjutnya iskemik dapat menyebabkan gangguan aliran darah dan penurunan kesadaran. Ketika pada otak terdapat gangguan aliran darah akan terjadi penumpukan cairan pada otak atau dapat disebut dengan edema cerebral yang akan memicu terjadinya kejang dan selanjutnya mengalami penurunan kesadaran sehingga terjadi gangguan resiko perfusi serebral tidak efektif.

Penurunan kesadaran menyebabkan (menurunnya kekuatan otak, kelemahan, kehilangan kontrol) hal tersebut dapat mengakibatkan defisit neuromuskular yang juga menyebabkan ketidakmampuan pemenuhan ADL sehingga terjadi gangguan perawatan diri, serta dapat menyebabkan disfungsi kemih dan sehingga terjadi gangguan eliminasi urin. Disamping gangguan tersebut defisit neuromuskular juga mengakibatkan kemampuan batuk menurun ditandai dengan produksi sekret meningkat sehingga muncul masalah keperawatan gangguan bersihan jalan nafas.

Penurunan kesadaran juga dapat mengakibatkan gangguan penerimaan sensori yang ditandai dengan diplopia, pandangan kabur sehingga menyebabkan terjadinya gangguan persepsi. Selanjutnya defisit neuromuskular menyebabkan gangguan pada neuromuskular yang biasanya ditandai dengan (kekuatan otot berkurang, hemiplegia, dan atropi) sehingga terjadi gangguan mobilitas fisik (Tarwoto, 2013) adalah :

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi stroke menurut Munir (2015) yaitu:

- 1) Edema cerebri dan peningkatan intracranial yang dapat menyebabkan herniasi atau kompresi batang otak
- 2) Kejang
- 3) Transformasi hemoragik
- 4) Infeksi: pneumonia, ISK
- 5) Trombosis vena
- 6) Gangguan daily life activity

Komplikasi menurut Tarwoto (2013):

- 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. Aliran darah ke otak sangat tergantung pada tekanan darah,

fungsi jantung atau kardiak output, keutuhan pembuluh darah sehingga pada pasien stroke keadekuatan aliran darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik untuk menghindari terjadinya hipoksia serebral.

b) Edema serebri Merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

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

d) Aspirasi

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

- 2) Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut
 - a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urin dan bowel
 - b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak
 - c) Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, nyeri kepala cluster
 - d) Malnutrisi, karena intake yang adekuat

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke menurut Muttaqin (2012 dalam Lusiana, 2019) meliputi :

- 1) Pengobatan konservatif:
 - a) Vasodilator meningkatkan aliran darah serebral (ADS) secara percobaan, tetapi maknanya pada tubuh manusia belum dapat dibuktikan
 - b) Dapat diberikan histamin, aminophilin, asetazolamid, papaverin intra arterial
 - c) Memodifikasi antitrombosit dapat diresepkan karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan trombus dan embolisasi. Antiagregasi trombotik seperti aspirin digunakan untuk menghambat reaksi

pelepasan agregasi trombosis yang terjadi sesudah ulserasi arteroma

- d) Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskuler.

2) Pengobatan pembedahan

- a) Endosterektomi karotis membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher
- b) Revaskularisasi terutama merupakan tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh klien TIA
- c) Evaluasi bekuan darah dilakukan pada stroke akut
- d) Ujasi arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma.

3) Pemeriksaan diagnostic

Pemeriksaan diagnostik menurut Lusiana (2019), yaitu:

- a) Angiografi serebral : memperjelas gangguan atau kerusakan pada sirkulasi serebral dan merupakan pemeriksaan pilihan utama untuk mengetahui aliran darah serebral secara keseluruhan (Yasmara. 2016)
- b) CT scan : mendeteksi abnormalitas struktur (Yasmara, 2016)
- c) MRI : menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak.
- d) USG Doppler : untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis) (Muttaqin, 2012)

- e) EEG : pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak (Muttaqin, 2012)
- f) Tomografi emisi positron : memberi data tentang metabolisme serebral dan perubahan pada aliran darah serebral (Yasmara, 2016)

4) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium menurut Muttaqin (2012 dalam lusiana, 2019):

- a) Lumbal pungsi : pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan masif sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokhrom) sewaktu hari-hari pertama
- b) Analisa gas darah : pH darah diukur secara langsung memakai Ph meter suatu keadaan disebut asidosis bila Ph di cairan ekstraseluler kurang dari 7,35 dan disebut alkalosis bila ph lebih dari 7,45
- c) Pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia, gula darah dapat mencapai 250 mg didalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali
- d) Pemeriksaan darah lengkap untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri

- e) Creatine kinase (CK) : enzim yang dianalisis untuk mendianosa infark jantung akut dan merupakan enzim pertama yang meningkat. Gangguan serebri juga dihubungkan dengan nilai kadar CK dan CK-MB total abnormal
- f) C-Reactive protein (CRP) : kadarnya akan meningkat 100x dalam 24-48 jam setelah terjadi luka jaringan
- g) Profil lemak darah : kolesterol serum total yang meningkat diatas 200 mg/ml merupakan prediktor peningkatan risiko stroke atau emboli serebri.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke

Dermawan (2012) mendefinisikan proses keperawatan sebagai aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematis. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut.

Proses keperawatan merupakan teori, ilmu, dan konsep keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi hasil dan intervensi (Herdman et al., 2021).

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan salah satu dari komponen dari proses keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Pengkajian keperawatan harus selalu dirancang sesuai kebutuhan klien. Apabila pada kondisi klinik perawat dihadapkan pada klien yang menderita penyakit akut, perawat perlu membekali diri tentang kondisi gejala yang berhubungan dan perawat boleh memilih untuk hanya mengkaji sistem tubuh yang terlibat. Pengkajian keperawatan yang lebih komprehensif biasanya akan dilakukan pada klien dalam kondisi lebih sehat, kemudian perawat mempelajari status kesehatan total klien (Muttaqin, 2010). Konsep dasar asuhan keperawatan menurut Tarwoto (2013):

- 1) Identitas klien Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor registrasi, diagnosa medis (Tarwoto, 2013)
- 2) Keluhan utama Keluhan yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Tarwoto, 2013)
- 3) Riwayat penyakit sekarang serangan CVA Infark biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien,

biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan CVA Infark seringkali berlangsung secara mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan sampai kejang tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain

P : Sebagian besar klien mengatakan pusing atau nyeri pada bagian tubuh tertentu

Q : Yang dirasakan biasanya seperti tertusuk-tusuk jarum

R : Nyeri yang dirasakan sebagian besar dikepala

S : Sebagian besar klien memberikan penilaian skala ringan antara 4-6

T : Nyeri terasa terus-menerus atau sewaktu-waktu

- 4) Riwayat penyakit dahulu Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan (donna D. ignativicius,2010) dalam (Tarwoto, 2013)
- 5) Riwayat penyakit keluarga Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes melitus
- 6) Riwayat kehidupan sosial. Riwayat kehidupan sosial dalam asuhan keperawatan mencakup informasi mengenai cara klien dan keluarganya mengatasi stres. Riwayat ini juga mencakup

pengalaman hidup dan kejadian hidup yang membentuk spiritualitas klien.

- 7) Riwayat psikososial. Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga. (Harsono, 2003) dalam (Tarwoto, 2013). Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008)
- 8) Status Spiritual adalah keyakinan dalam diri seseorang yang dapat mempengaruhi individu untuk menemukan makna dan tujuan hidup. Spiritual merupakan salah satu aspek keperawatan holistik berupa pelayanan dalam aspek bio, psiko, sosio dan spiritual.
- 9) Pola Aktifitas sehari-hari
 - a. Pola nutrisi dan metabolisme Pada klien dengan stroke terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah dan kesulitan untuk menelan (Doengoes, 2000).
 - b. Pola eliminasi Menggambarkan keadaan eliminasi klien sebelum sakit sampai dengan saat sakit, meliputi : frekuensi, konsistensi, warna, bau, adanya darah dan lain-lain.

- c. Pola aktivitas dan latihan Aktivitas rutin yang dilakukan klien sebelum sakit sampai saat sakit mulai dari bangun tidur sampai tidur kembali termasuk penggunaan waktu senggang. Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise / hemiplegi, mudah lelah.
- d. Pola tidur dan istirahat Kualitas dan kuantitas istirahat tidur klien sejak sebelum sakit sampai saat sakit, meliputi jam tidur siang dan malam, penggunaan alat pengantar tidur, perasaan klien sewaktu bangun tidur, dan kesulitan atau masalah tidur. Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot (Doengoes, 2000).

10) Pemeriksaan Fisik

- a) Pengkajian primer. Pengkajian primer askep adalah tahap awal pengkajian pasien yang dilakukan secara sistematis untuk mengevaluasi keadaan pasien dalam keadaan darurat medis. Pengkajian primer askep menggunakan pendekatan ABCD, yaitu:
 - 1) Airway: Mengecek jalan napas pasien
 - 2) Breathing: Mengecek pernafasan pasien
 - 3) Circulation: Mengecek sistem sirkulasi pasien
 - 4) Disability: Mengecek kondisi pasien, seperti tingkat kesadaran, pupil, dan kekuatan otot
- b) Pemeriksaan integument
 - 1) Kulit : jika kekurangan oksigen kulit akan tampak pucat

dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek.

Disamping itu perlu dikaji tanda-tanda dehidrasi.

- 2) Kuku : perlu dilihat adanya *clubbing finger*, *cyanosis*.
- 3) Rambut : umumnya tidak ada kelainan
- 4) Kepala : Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peningkatan tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai, kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hematoma atau riwayat operasi.

c) Pemeriksaan dada/thorax

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

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

d) Abdomen

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

e) Genetalia

Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doenges & Marilyn, 2000).

f) Pemeriksaan fungsi motorik

Pemeriksaan fungsi motorik dalam askep adalah evaluasi kekuatan, tonus, dan massa otot. Pemeriksaan ini juga meliputi penilaian koordinasi, posisi tubuh, dan gerakan tak sadar.

g) Pemeriksaan fungsi sensorik

Pemeriksaan fungsi sensorik dalam askep adalah evaluasi terhadap kemampuan tubuh untuk merasakan rangsangan tertentu, seperti nyeri, suhu, sentuhan, getaran, dan posisi. Pemeriksaan ini merupakan bagian dari pemeriksaan fisik neurologis.

h) Pemeriksaan reflek

Pemeriksaan refleks dalam keperawatan adalah pemeriksaan neurologis yang dilakukan untuk menilai fungsi sensorimotor tubuh. Pemeriksaan ini dilakukan dengan mengetuk tendon menggunakan palu refleks untuk menghasilkan respons tak sadar.

i) Pemeriksaan saraf kranialis

- 1) Saraf Kranial 1 Olfaktorius: Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman
- 2) Saraf Kranial 2 Optikus: Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang.
- 3) Nervus 3 Okulomotorius: Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar.

- 4) Nervus 4 Troklearis: Kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.
- 5) Nervus 5 Trigemini: untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigemini yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigemini.
- 6) Nervus 6 Abduksen: Kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit tereduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, ketika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior.
- 7) Nervus 7 Fasialis: Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis).
- 8) Nervus 8 Auditorius: Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan

keseimbangan (vertigo).

- 9) Nervus 9 Glosofarinkus dan nervus 10 Vagus: Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosofarinkus dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko terjadinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian. Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan, nadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru.
- 10) Nervus 11 Assesorius: Gangguan pada nervus assesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapezius) dan otot leher (otot sterokleidomastoideus). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persyarafan otot trapezius dan otot sterokleidomastoideus terganggu.
- 11) Nervus 12 Hipoglosus: Kerusakan nervus hipoglosus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan

bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglossus pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan membelok ke arah sisi yang sakit saat di julurkan. Saat istirahat lidah membelokk ke sisi yang sehat di dalam mulut.

- j) Pemeriksaan penunjang
 - a. Hasil rontgen kepala dan medulla
 - b. *Electro encephalografi*
 - c. Lumbal pungsi
 - d. *Computerized Tomografi Scaning (CT-Scan)*
 - e. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*
 - f. Pemeriksaan laboratorium darah

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosa yang akan muncul pada kasus *Cerebrovascular Accident (CVA) Ifark* dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu:

1) Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017) SDKI**a) Definisi**

Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

b) Faktor risiko

(1) Penurunan kesadaran

(2) Nilai GCS

(3) Perubahan tanda vital

(4) Perubahan sensori dan motoric

(5) Penurunan fungsi memori

(6) Nyeri kepala

(7) Muntah

(8) Kejang

(9) Perubahan pupil

(10) Perubahan pola nafas

(11) Nilai AGD

(12) Hasil CT Scan, MRI adanya edema serebral, perdarahan, herniasi

(13) Penggunaan terapi deurentik, sedative

(14) Hipertensi

c) Kondisi klinis terkait

(1) Stroke

(2) Embolisme

(3) Hipertensi

2) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) SDKI

a) Definisi

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

b) Penyebab

- (1) Kerusakan integritas struktur tulang
- (2) Perubahan metabolisme
- (3) Ketidakbugaran fisik
- (4) Penurunan kendali otot
- (5) Penurunan massa otot
- (6) Penurunan kekuatan otot
- (7) Keterlambatan perkembangan
- (8) Kekakuan sendi
- (9) Kontraktur
- (10) Malnutrisi
- (11) Gangguan muskuloskeletal
- (12) Gangguan neuromuskular
- (13) Indeks masa tubuh diatas prsentil ke-75 sesuai usia
- (14) Efek agen farmakologis
- (15) Program pembatasan gerak
- (16) Nyeri
- (17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- (18) Kecemasan
- (19) Gangguan kognitif

(20) Keengganan melakukan pergerakan

(21) Gangguan sensori persepsi

c) Batasan karakteristik

(1) Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.2 (Gejala dan Tanda Mayor)

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

(2) Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.3 (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

(Sumber: PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait

(1) Stroke

3) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001) SDKI

a) Definisi

Ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap.

b) Penyebab

(1) Spasme jalan napas

(2) Hipersekresi jalan napas

- (3) Disfungsi neuromuskuler
- (4) Benda asing dalam jalan napas
- (5) Adanya jalan napas buatan
- (6) Sekresi yang tertahan
- (7) Hiperplasia dinding jalan napas
- (8) Proses infeksi
- (9) Respon alergi
- (10) Efek agen farmakologis

c) Situasional

- (1) Merokok aktif
- (2) Merokok pasif
- (3) Terpajan polutan

d) Batasan karakteristik

- (1) Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.4 (Gejala dan Tanda Mayor)

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Batuk tidak efektif 2. Tidak mampu batuk 3. Sputum berlebih 4. Mengi, wheezing, dan/atau ronkhi kering 5. Meconium di jalan napas (pada neonatus)

- (2) Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.5 (Gejala dan Tanda Minor)

Subjektif	Objektif
1. Dispnea	1. Gelisah

2. Sulit bicara	2. Sianosis
3. Ortopnea	3. Bunyi napas menurun
	4. Frekuensi napas berubah
	5. Pola napas berubah

(Sumber: PPNI, 2017)

e) Kondisi klinis terkait

- (1) *Gullian barre syndrome*
- (2) Sklerosis multiple
- (3) *Myasthenia gravis*
- (4) Prosedur diagnostic (mis. Bronkoskopi, *transesophageal echocardiography* (TEE))
- (5) Depresi system saraf pusat
- (6) Cedera kepala
- (7) Stroke
- (8) Kuadriplegia
- (9) Sindrom aspirasi meconium
- (10) Infeksi saluran napas

4) Gangguan Eliminasi Urine (D.0040) SDKI

a) Definisi

Disfungsi eliminasi urine

b) Penyebab

- (1) Penurunan kapasitas kandung kemih
- (2) Iritasi kandung kemih
- (3) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
- (4) Efek tindakan medis dan diagnostik

- (5) Kelemahan otot pelvis
- (6) Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. imobilisasi)
- (7) Hambatan lingkungan
- (8) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- (9) *Outlet* kandung kemih tidak lengkap
- (10) Imaturitas

c) Batasan karakteristik

- (1) Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.6 (Gejala dan Tanda Mayor)

Subjektif	Objektif
1. Desakan berkemih (urgensi)	1. Distensi kandung kemih
2. Urine menetes (dribbling)	2. Berkemih tidak tuntas (hesitancy)
3. Sering buang air kecil	3. Volume residu urine meningkat
4. Nokturia	
5. Mengompol	
6. Enuresis	

- (2) Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.7 (Gejala dan Tanda Minor)

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

(Sumber: PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait

- (1) Stroke

5) Perubahan Persepsi Sensori (D.0085) SDKI

a) Definisi

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

b) Penyebab

- (1) Gangguan penglihatan
- (2) Gangguan pendengaran
- (3) Gangguan penghiduan
- (4) Gangguan perabaan
- (5) Hipoksia serebral
- (6) Penyalahgunaan zat
- (7) Usia lanjut
- (8) Pemajanan toksin lingkungan

c) Batasan karakteristik

- (1) Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.8 (Gejala dan Tanda Mayor)

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

- (2) Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.9 (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

(Sumber: PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait

- (1) Trauma pada saraf kranialis II, III, IV, dan VI akibat stroke, aneurisma intracranial, trauma/tumor otak.

6) Defisit Perawatan Diri (D.0109) SDKI

a) Definisi

Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

b) Penyebab

- 1) Gangguan muskuloskeletal
- 2) Gangguan neuromuskuler
- 3) Kelemahan
- 4) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- 5) Penurunan motivasi/minat

c) Batasan karakteristik

- (1) Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.10 (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

- (2) Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.11 (Gejala dan Tanda Minor)

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

(Sumber: PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait

(1) Stroke

(2) Cedera medula spinalis

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Nurarif Huda, 2016).

Berikut merupakan penjabaran intervensi Sumber: (Nurarif Huda, 2016), Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018) & Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2019)

- 1) **Risiko perfusi serebral tidak efektif** berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, peningkatan tekanan intrakranial, infark serebral (D.0017).

Kriteria hasil : SLKI (L.02014)

- a) Tingkat kesadaran: meningkat
- b) Kognitif: meningkat
- c) Sakit kepala: menurun
- d) Gelisah: menurun
- e) Kecemasan: menurun
- f) Tekanan arteri rata-rata: membaik
- g) Tekanan intrakranial: membaik
- h) Tekanan darah sistolik: membaik
- i) Tekanan darah diastolik: membaik

j) Refleks saraf: membaik

Tabel 2.12 (rencana tindakan risiko perfusi serebral tidak efektif)

Rencana Tindakan (SIKI)	Rasional
Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325) Observasi 1) Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) 2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 3) Monitor penurunan frekuensi jantung 4) Monitor penurunan tingkat kesadaran Terapeutik 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2) Berikan posisi semi fowler 3) Cegah terjadinya kejang Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan 2) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja	Observasi 1) Untuk mengetahui peningkatan tekanan intrakranial (TIK) 2) Agar dapat menentukan intervensi yang tepat untuk klien 3) Untuk mengetahui penurunan frekuensi jantung klien 4) Untuk mengetahui penurunan tingkat kesadaran klien Terapeutik 1) Agar klien jauh lebih nyaman 2) Untuk memberikan posisi nyaman bagi klien dan agar sesak klien berkurang 3) Agar tekanan intrakranial tidak semakin parah Kolaborasi 1) Untuk mencegah atau mengatasi kejang 2) Untuk membuang kelebihan garam dan air dari dalam tubuh melalui urine 3) Untuk memudahkan klien dalam BAB

2) **Gangguan mobilitas fisik** berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054).

Kriteria hasil: SLKI (L.05042)

- a) Pergerakan ekstremitas: meningkat
- b) Kekuatan otot: meningkat
- c) Rentang gerak (ROM): meningkat
- d) Kelemahan fisik: menurun

Tabel 2.13 (rencana tindakan gangguan mobilitas fisik)

Rencana Tindakan (SIKI)	Rasional
Dukungan Ambulasi (I.06171) Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik 1) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) 2) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi 1) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2) Anjurkan melakukan ambulasi dini 3) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)	Observasi 1) Untuk mengetahui apakah klien ada keluhan fisik lain. 2) Untuk mengetahui kemampuan klien dalam melakukan aktivitasnya. 3) Untuk mengetahui respon jantung dan tekanan darah sebelum ambulasi 4) Mengetahui kondisi klien selama beraktivitas Terapeutik 1) Untuk mempercepat proses penyembuhan dan segera memandirikan klien. 2) Sebagai support system agar klien semangat untuk segera pulih. 3) Untuk meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan koping emosional pada klien Edukasi 1) Agar klien dan keluarga klien mengetahui serta melakukan mobilisasi rutin 2) Untuk terapi pemulihan klien 1) Untuk memberikan pengetahuan kepada klien mengenai apa yang harus dilakukan pada ambulasi sederhana

3) **Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif** berhubungan dengan spasme jalan napas (D.0001).

Kriteria hasil: SLKI (L.01001)

- Batuk efektif : meningkat
- Produksi sputum : menurun
- Wheezing* : menurun
- Dispnea : menurun

- e) Sulit bicara : menurun
- f) Frekuensi napas : membaik
- g) Pola napas : membaik

Tabel 2.14 (rencana tindakan bersihan jalan napas tidak efektif)

Rencana Tindakan (SIKI)	Rasional
Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1) Posisikan semi-fowler atau fowler 2) Berikan minum hangat 3) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 4) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 5) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 6) Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi 2) Ajarkan Teknik batuk efektif Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.	Observasi 1) Untuk mengetahui pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2) Untuk mengetahui bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3) Untuk mengetahui sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1) Untuk memposisikan semi-fowler atau fowler 2) Untuk memberikan minum hangat 3) Untuk melakukan fisioterapi dada, jika perlu 4) Untuk melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 5) Untuk mengeluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 6) Untuk memberikan oksigen, jika perlu Edukasi 1) Menganjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi 2) Untuk mengajarkan Teknik batuk efektif Kolaborasi 1) Untuk berkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

- 4) **Gangguan eliminasi urine** berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan komunikasi (D.0040).

Kriteria hasil: SLKI (L.04034)

- a) Sensasi berkemih: meningkat
- b) Desakan berkemih (urgensi): menurun
- c) Distensi kandung kemih: menurun
- d) Berkemih tidak tuntas (hesitancy): menurun
- e) Nokturia: menurun
- f) Mengompol: menurun
- g) Frekuensi BAK: membaik
- h) Karakteristik urine: membaik

Tabel 2.15 (rencana tindakan gangguan eliminasi urine)

Rencana Tindakan (SIKI)	Rasional
Manajemen eliminasi urine (I.04152) Observasi 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna) Terapeutik 1) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih 2) Batasi asupan cairan, jika perlu 3) Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur Edukasi 1) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 2) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 3) Ajarkan mengambil specimen urine midstream 4) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih	Observasi 1) Untuk mengetahui tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2) Untuk mengetahui faktor penyebab utama retensi atau inkontinensia urine dan memberikan penanganan yang sesuai 3) Untuk mengetahui output urine Terapeutik 1) Untuk mengetahui waktu terakhir pasien berkemih 2) Minum yang berlebihan dapat menyebabkan semakin penuh urine di kandung kemih 3) Untuk mengetahui kandungan yang ada dalam urine klien Edukasi 1) Klien dan keluarga mengerti tanda dan gejala infeksi saluran kemih

5) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/perkemihan 6) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 7) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu	2) Klien dan keluarga mengerti cara mengukur asupan cairan dan haluaran urine 3) Klien dan keluarga mengerti cara mengambil sampel urine tengah 4) Agar klien dapat berkemih pada waktu yang tepat 5) Agar klien mengetahui cara penguatan otot-otot panggul 6) Untuk memfasilitasi kebutuhan cairan klien 7) Agar pola tidur klien tidak terganggu Kolaborasi 1) Untuk menunjang kesembuhan klien
--	---

5) **Gangguan persepsi sensori** berhubungan dengan ketidakmampuan menghirup dan melihat (D.0085)

Kriteria hasil: SLKI (L.09083)

- Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan: menurun
- Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman: menurun
- Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecap: menurun
- Distorsi sensori: menurun
- Menarik diri: menurun
- Melamun: menurun
- Respons sesuai stimulus: membaik
- Konsentrasi: membaik
- Orientasi: membaik

Tabel 2.16 (rencana tindakan gangguan persepsi sensori)

Rencana Tindakan (SIKI)	Rasional
Minimalisasi rangsangan (I.08241) Observasi: 1) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis. Nyeri, kelelahan) Terapeutik: 1) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. Bising, terlalu terang) 2) Batasi stimulus lingkungan (mis. Cahaya, suara, aktivitas) 3) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat 4) Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan Edukasi: 1) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. Mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) Kolaborasi: 1) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan 2) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus	Observasi: 1) Untuk mengetahui faktor yang meningkatkan rangsangan sensori Terapeutik: 1) Dengan berdiskusi dapat mengetahui beban sensori yang dialami 2) Dengan membatasi stimulus lingkungan dapat meminimalisir rasa tidak nyaman 3) Dilakukan agar klien memiliki aktivitas terjadwal sehingga gangguan rangsangan sensori dapat diminalkan 4) Untuk memberikan tindakan yang sesuai dengan kebutuhan klien Edukasi: 1) Dilakukan untuk memberikan lingkungan yang nyaman dan meminimalkan stimulus Kolaborasi: 1) Untuk mengurangi atau meminimalisasi rangsangan 2) Dilakukan jika klien tidak mampu meminimalkan stimulus yang ada, sehingga diberikan terapi medik

6) **Defisit perawatan diri** berhubungan dengan kelemahan anggota gerak (D.0109)

Kriteria hasil: SLKI (L11103)

- a) Kemampuan mandi: meningkat
- b) Kemampuan makan: meningkat
- c) Kemampuan mengenakan pakaian: meningkat
- d) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK): meningkat
- e) Minat melakukan perawatan diri: meningkat

Tabel 2.17 (rencana tindakan defisit perawatan diri)

Rencana Tindakan (SIKI)	Rasional
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	Obsevasi 1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri klien 2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian klien 3) Untuk mengetahui kebutuhan alat bantu dalam perawatan diri klien
Terapeutik 1) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) 2) Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6) Jadwalkan rutinitas perawatan diri	Terapeutik 1) Lingkungan yang kondusif dapat memotivasi klien dalam meningkatkan perawatan diri 2) Untuk memfasilitasi klien dalam melakukan perawatan diri 3) Untuk mencegah resiko jatuh pada klien saat melakukan perawatan diri 4) Membantu melakukan perawatan diri pada klien agar tetap terjaga kebersihan dirinya 5) Memfasilitasi kemandirian klien, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6) Agar klien melakukan rutinitas secara terjadwal
Edukasi 1) Anjurkan melakukan perawatan diri sesuai kemampuan	Edukasi 1) Agar klien dapat mandiri dalam melakukan perawatan diri

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan suatu tahap pelaksanaan terhadap suatu rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan untuk perawat bersama seorang pasien. Setelah sudah selesai melakukan implementasi, lakukan dokumentasi yang meliputi intervensi yang sebelumnya sudah dilakukan dan tanyakan bagaimana respon pasien (Sarani, 2021).

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). Dokumentasi evaluasi keperawatan merupakan catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang akan dicapai. Evaluasi keperawatan menilai keefektifan perawatan dan mengkomunikasikan status kesehatan klien setelah diberikan tindakan keperawatan serta memberikan informasi yang memungkinkan adanya revisi perawatan sesuai keadaan pasien setelah dievaluasi (Hutahean, 2010 dalam Tokan & Sekunda, 2020).

Tahap evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

- 1) S (subjektif): Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia
- 2) O (objektif): Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat
- 3) A (analisis): Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis dari data subjektif dan data objektif.
- 4) P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.