

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Penyakit**

##### **2.1.1 Definisi Penyakit**

CVA (Cerebro Vaskuler Accident) adalah penyakit gangguan dalam suplai darah ke otak secara mendadak dan tidak dapat diduga sebagai akibat oklusi pembuluh darah parsial atau total, atau akibat pecahnya pembuluh darah otak. CVA (Cerebro Vaskuler Accident) merupakan penyakit yang dapat menyebabkan kelainan fungsi otak yang timbul secara mendadak yang dapat disebabkan terjadi oleh gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi sewaktu waktu pada siapa saja dan kapan saja. CVA (Cerebro Vaskuler Accident) merupakan penyakit yang menyebabkan kecacatan seperti kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, daya ingat dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagaimana dari akibat gangguan fungsi otak (Mutaqin, 2015).

##### **2.1.2 Klasifikasi**

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

###### **1) CVA Hemoragic**

Pecahnya pembuluh darah otak pada subaraknoid dan intraserebral, yang pada umumnya serangan terjadi ketika banyak aktifitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi pada saat istirahat dan biasanya

biasanya disertai dengan kesadaran pasien yang menurun. Ada beberapa *CVA hemoragic* menurut Banjar (2022) sebagai berikut :

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

## 2) *CVA Infark*

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

- a) Pada CVA infark atau iskemik terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak menurun. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan, tetapi timbul edema sekunder.
- b) *Thrombosis* adalah pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.
- c) *Emboli* adalah benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah pada otak.
- d) *Hipoperfusi sistemik* adalah gangguan denyut jantung sehingga aliran darah ke seluruh tubuh berkurang.

e) Penyempitan lumen arteri yang terjadi karena infeksi atau proses peradangan, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

1) CVA berdasarkan perjalanan penyakit

a) TIA (*Transien Iskemic Attack*)

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

b) CVA Involusi

Kondisi CVA yang terjadi dalam perkembangannya mulai dari ringan lama-kelamaan memburuk yang prosesnya berjalan dalam beberapa jam sampai beberapa hari.

c) CVA Komplet

Kondisi CVA yang terjadi karena gangguan neurologi yang sudah menetap dan permanen. Pada umumnya diawali karena Transien Iskemik Attac yang berulang.

### 2.1.3 Etiologi

Beberapa faktor penyebab CVA menurut Nurarif dan Kusuma (2015) :

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

a) Jenis kelamin

b) Usia

c) Keturunan

2) Faktor yang dapat dirubah (*Reversible*)

a) Hipertensi

- b) Penyakit jantung
  - c) Kolesterol tinggi
  - d) Obesitas
  - e) Diabetes Melitus
  - f) Polisitemia
  - g) Stress emosional
- 3) Kebiasaan hidup
- a) Merokok
  - b) Peminum alcohol
  - c) Obat-obatan terlarang
  - d) Aktivitas yang tidak sehat : kurang olahraga, makanan yang berkolesterol.

Etiologi berdasarkan klasifikasi CVA ada 2 yaitu :

1) Etiologi CVA Hemoragik

Etiologi dari CVA Hemoragik meliputi Hipertensi berat dan Pecahnya aneurisma pembuluh darah otak (Awan Hariyanto, 2015)

2) Etiologi Stroke Iskemik

Etiologi dari CVA iskemik atau CVA non hemoragik ada 3 yaitu timbulnya Thrombosis, Timbulnya Emboli dan akibat kerusakan arteri (Nugrahani, 2018). Penjelasan etiologi tersebut yaitu sebagai berikut :

a) Timbulnya Thrombosis

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

b) Timbulnya Emboli

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

c) Akibat kerusakan arteri yaitu : Usia, Hipertensi, DM Pembuluh

darah mengalami degeneratif seiring bertambahnya usia seseorang. Hipertensi dan DM menyebabkan dinding pembuluh darah mengalami pengerasan sehingga tidak elastis lagi ketika harus berkompensasi terhadap perubahan tekanan darah.

#### **2.1.4 Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis CVA (Cerebro Vaskuler Accident) bergantung pada arteri serebral yang terkena, fungsi otak dikendalikan atau diperantarai oleh bagian otak yang terkena, keparahan kerusakan serta ukuran daerah otak yang terkena selain bergantung pula pada derajat sirkulasi kolateral (Menurut Oktavianus (2015) manifestasi klinis CVA sebagai berikut:

1) CVA (Cerebro Vaskuler Accident) iskemik Tanda dan gejala yang sering muncul yaitu:

a) Transient ischemic attack (TIA) Timbul hanya sebentar selama.

- b) beberapa menit sampai beberapa jam dan hilang sendiri dengan atau tanpa pengobatan. Serangan bisa muncul lagi dalam wujud sama, memperberat atau malah menetap.
  - c) Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RIND) Gejala timbul lebih dari 24 jam. 19
  - d) Progressing CVA (Cerebro Vaskuler Accident) atau CVA (Cerebro Vaskuler Accident) in evolution Gejala makin lama makin berat (progresif) disebabkan gangguan aliran darah makin lama makin berat
  - e) Sudah menetap atau permanen
- 2) CVA (Cerebro Vaskuler Accident) hemoragik Tanda dan gejala yang muncul sangat tergantung dengan daerah otak yang terkena.
- a) Lobus parietal, fungsinya yaitu untuk sensasi somatik, kesadaran menempatkan posisi
  - b) Lobus temporal, fungsinya yaitu untuk mempengaruhi indra dan memori
  - c) Lobus oksipital, fungsinya yaitu untuk penglihatan
  - d) Lobus frontal, fungsinya untuk mempengaruhi mental, emosi, fungsi fisik, intelektual. CVA (Cerebro Vaskuler Accident) dapat mempengaruhi fungsi tubuh. Adapun beberapa gangguan yang dialami pasien yaitu:
    - a. Pengaruh terhadap status mental: tidak sadar, confuse

- b. Pengaruh secara fisik: paralise, disfagia, gangguan sentuhan dan sensasi, gangguan penglihatan, hemiplegi ( lumpuh tubuh sebelah)
- c. Pengaruh terhadap komunikasi: afasia (kehilangan bahasa), disartria (bicara tidak jelas).<sup>20</sup> Pasien CVA (Cerebro Vaskuler Accident) hemoragik dapat mengalami trias TIK yang mengindikasikan adanya peningkatan volume di dalam kepala. Trias TIK yaitu muntah proyektil, pusing dan pupil edema.

### **2.1.5 Komplikasi**

Komplikasi pada Pasien CVA (Cerebro Vaskuler Accident) meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya cedera, embolisme (Sudoyo, 2016).

CVA (Cerebro Vaskuler Accident) dapat mengakibatkan kondisi cacat sementara atau permanen, ditinjau dari berapa lama otak kekurangan aliran darah dan daerah yang terserang (Sriwidyastuti, 2016). Terbagi menjadi 2 komplikasi:

#### **1) Fase akut**

##### **a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak**

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena pendarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya. Aliran darah ke otak sangat tergantung pada tekanan darah.

Dekubitus Sehingga pada pasien dengan CVA 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 intersresial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

c) Peningkatan Intrakranial (TIK)

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya pendarahan 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 serebral yang dapat mengancam kehidupan.

d) Aspirasi

Pasien CVA (Cerebro Vaskuler Accident) dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentang terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflex batuk dan menelan.

2) Komplikasi pada masa pemulihan

- a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti peunomonia,

dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, inkontinensia urin dan bowel.

- b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak
- c) Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tensin, nyeri kepala cluster
- d) Malnutrisi, karena intake yang adekuat.

### **2.1.6 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada Pasien dengan CVA (Cerebro Vaskuler Accident) adalah sebagai berikut (Radaningtyas, 2018).

#### **1) Angiografi serebral**

Membantu menentukan penyebab serangan CVA secara spesifik, seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi atau nuptur.

#### **2) Elektro encefalography**

Mengidentifikasi masalah yang didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperhatikan daerah lesi secara spesifik.

#### **3) Sinar X tengkorak**

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal pada daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis intern terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi persial dinding, aneurisma pada perdarahan sub arachnoid.

#### 4) Ultrasonography Doppler

Optikus yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke retina menurun dan kemampuan retina untuk menangkap obyek atau bayangan juga menurun sehingga menimbulkan terjadinya kebutaan. Keadaan ini juga dapat menimbulkan masalah keperawatan Resiko Jatuh. Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah pada sistem arteri karotis/aliran darah/muncul plaque/arterosklerosis).

#### 5) CT-Scan

Merupakan pemeriksaan diagnostik standar dan dapat membedakan perdarahan otak dan infark otak. CT-Scan juga dapat membedakan CVA dengan penyakit lain yang memiliki manifestasi klinis sama, seperti tumor otak atau perdarahan otak karena trauma. Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan infark

#### 6) Magnetic Resonance Imagine (MRI)

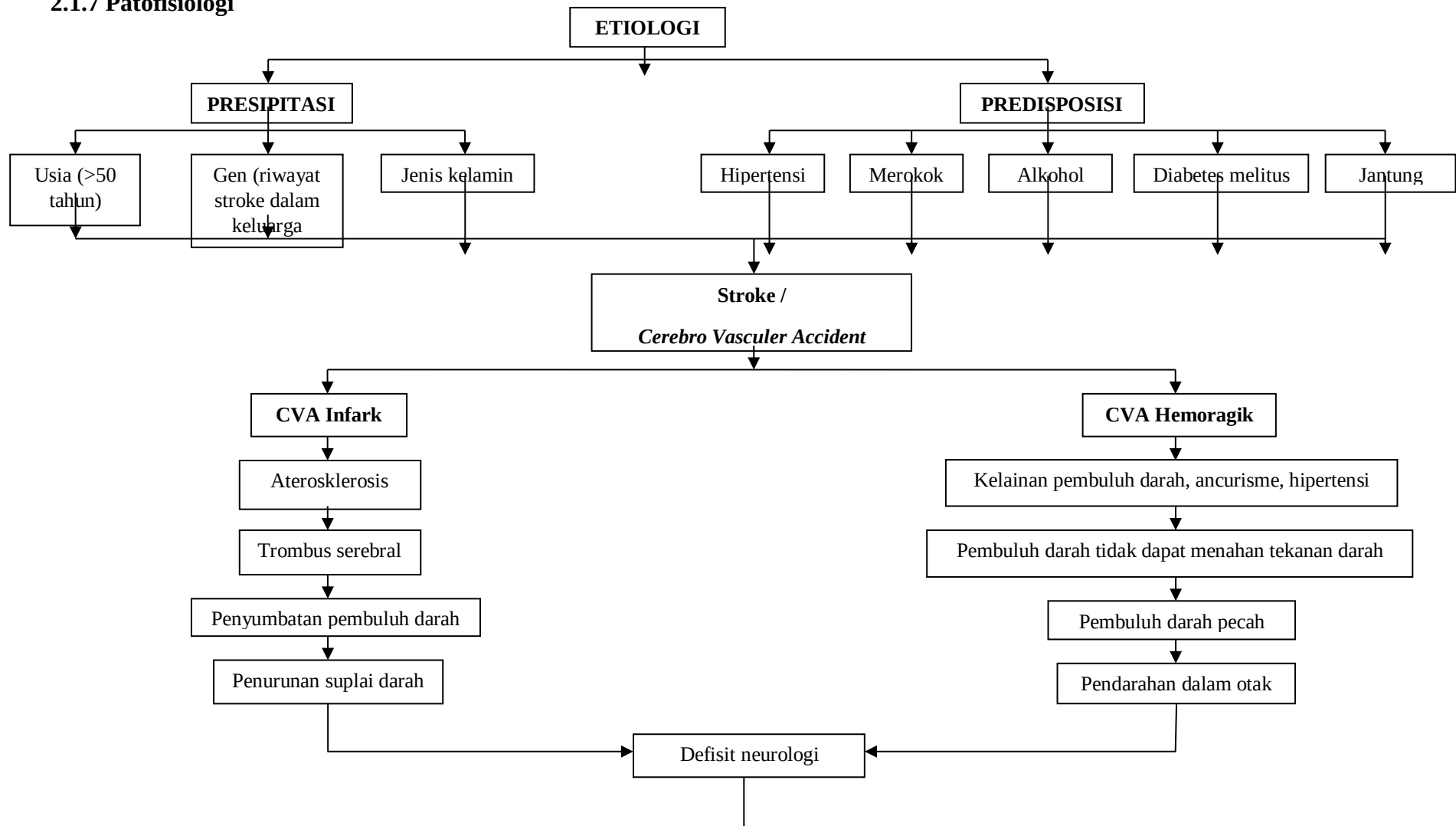
Menunjukkan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada thrombosis, emboli dan TIK, tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan hemoragi sub arachnoid atau perdarahan intrakranial. Pemeriksaan MRI menunjukkan daerah yang mengalami infark atau hemoragik (Oktavianus, 2015). MRI lebih sensitif dalam mendeteksi infark terutama yang berlokasi dibantang otak dan serebrum

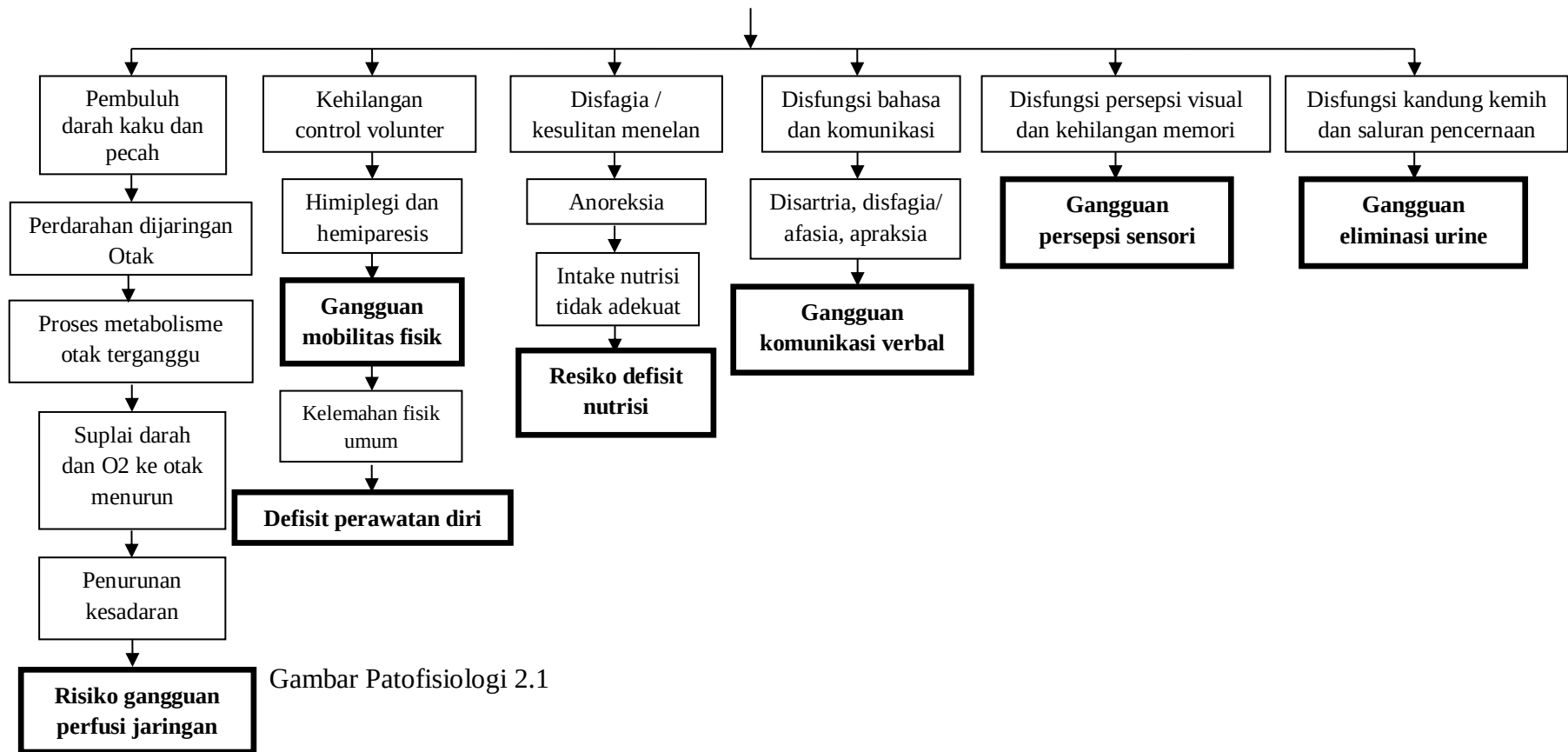
#### 7) Pemeriksaan foto thorax

Memperlihatkan apakah pada jantung terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita

CVA (Cerebro Vaskuler Accident), menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang meluas.

### 2.1.7 Patofisiologi





Gambar Patofisiologi 2.1

### Uraian

Faktor yang mempengaruhi terjadinya Stroke yaitu Hipertensi, Diabetes mellitus, Penyakit jantung, Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan. Stroke ada dua jenis yaitu Stroke infark dan Stroke Hemoragic

Faktor terjadinya Stroke infark yaitu penumpukan lemak, kolesterol di dinding pembuluh darah (aterosklerosis) yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah), Faktor terjadinya Stroke 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 risiko 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 sehingga dapat menimbulkan gangguan mobilitas fisik yang dapat mengakibatkan 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 defisit 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.

#### **2.1.8 Penatalaksanaan**

Menurut Setyopranoto (2016), penatalaksanaan Pasien dengan CVA adalah sebagai berikut:

##### **1) Penatalaksanaan umum**

###### **a) Fase akut**

- 1) Letakkan kepala Pasien pada posisi 30°, kepala dan dada berada pada satu bidang, ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap apabila hemodinamik sudah stabil.

- 2) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit hingga didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, lakukan intubasi.
- 3) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik lalu dicari penyebabnya; kosongkan kandung kemih jika penuh (sebaiknya dengan kateter intermiten).
- 4) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik. Pada CVA beresiko terjadinya dehidrasi akibat penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan apabila fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastriktube.
- 5) Pantau kadar gula darah  $>150\text{mg}\%$  harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu  $150\text{mg}\%$  dengan insulin drip intravena secara kontinu selama 2-3 hari pertama.
- 6) Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali apabila tekanan darah sistol  $>220\text{ mmHg}$  dan diastol  $>120\text{ mmHg}$ . Mean Arteri Blood Pressure (MAP)  $>130\text{ mmHg}$  (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.
- 7) Penurunan tekanan darah maksimal 20% dan obat yang direkomendasikan adalah natrium nitroprusid, penyekat reseptor alfa-beta, penyekat ACE, atau antagonis kalsium.
- 8) Apabila terjadi hipotensi, yaitu tekanan sistol  $<90\text{ mmHg}$  dan diastol  $<70\text{ mmHg}$  diberikan NaVL 0,9% 250 ml selama 1 jam,

dilanjutkan 500 ml selama 4 jam dan 500 ml selama 8 jam atau sampai tekanan hipotensi dapat diatasi. Apabila belum dapat diatasi dapat diberikan dopamine 2-2µg/kg/menit sampai tekanan darah sistolik 110 mmHg.

9) Apabila terjadi kejang berikan diazepam 5-20 mg IV pelan pelan selama 3 menit maksimal 100mg/hari; dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral. Jika kejang muncul setelah 2 minggu berikan antikonvulsan per oral jangka panjang.

10) Apabila didapatkan tekanan intrakranial meningkat, berikan manitol 0,25-1 g/kgBB per 0 menit dan jika diuragai fenomena rebound atau keadaan umum memburuk, lanjutkan 0,25g/kgBB per 30 menit setelah 6 jam selama 3-5 hari.

b) Fase rehabilitas

- a. Pertahankan nutrisi adekuat.
- b. Program manajemen Bladder dan Bowel.
- c. Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi ROM (Range Of Motion).
- d. Pertahankan integritas kulit.
- e. Pertahankan komunikasi yang efektif.
- f. Pemenuhan dalam kebutuhan sehari-hari.
- g. Persiapan Pasien pulang.

c) Pembedahan dilakukan jika perdarahan serebrum yang diameternya lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50ml untuk dekompresi atau

pemasangan pintasan entrikulo peritoneal apabila ada hidrocefalus obstruksi akut.

## 2) Penatalaksanaan medis

### Terapi farmakologis

Ditujukan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan antikoagulan atau yang dianjurkan dengan trombolitik rt-PA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator). Dapat juga diberikan agen neuroproteksi, yaitu sitikon atau pirasetan apabila didapatkan adanya afasia.

Terapi farmakologi yang digunakan pada Pasien dengan CVA adalah:

#### a) Fibrinolitik/trombolitik (rt-PA)

Golongan obat ini digunakan sebagai erapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat akibat serangan CVA (Cerebro Vaskuler Accident) akut. Obat ini memecah trombus dengan mengaktivasi plasminogen yang terikat pada fibrin. Efek samping yang sering terjadi yaitu resiko pendarahan seperti pada intrakranial atau dalam saluran cerna serta angiodema. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa rentang waktu yang baik untuk dapat diberikannya terapi fibrinolitik yang dapat memberikan manfaat perbaikan fungsional otak dan juga terhadap angka kematian adalah <3 jam dan rentang waktu 3-4 atau 5 jam setelah onset gejala.

#### b) Antikoagulan

Terapi ini digunakan untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli.

c) Antiplatelet

Golongan obat ini digunakan untuk pencegahan CVA (Cerebro Vaskuler Accident) ulang dengan mencegah terjadinya agregasi platelet.

d) Antihipertensi

Pasien dapat menerima rt-PA apabila tekanan  $>185/110$  mmHg. Jika tekanan darah tidak mencapai  $<185/10$  mmHg maka jangan diberikan rt-PA.

## 2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan proses melakukan pemeriksaan/penyelidikan yang dilakukan oleh perawat untuk mempelajari keadaan pasien sebagai langkah awal yang akan dijadikan dasar pengambilan keputusan klinik keperawatan (Rohmah, 2019).

- 1) Identitas Meliputi nama, umur (semakin bertambah tua usia, semakin tinggi resikonya. Setelah berusia 55 tahun, resikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok umur), jenis kelamin (Pria lebih beresiko terkena stroke dari pada wanita, resiko stroke pria 1,25 lebih tinggi dari pada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga

kemungkinan meninggal lebih besar), pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnosa medis (Wijaya & Putri, 2013)

- 2) Keluhan utama Keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan diri. Pada umumnya keluhan pasien stroke terjadi dua hal yaitu stroke hemoragik dan non hemoragik. Stroke hemoragik biasanya memiliki keluhan perubahan tingkat kesadaran, sakit kepala berat, kelemahan pada salah satu sisi tubuh, mual muntah, menggigil/berkeringat, peningkatan intracranial, afasia, hipertensi hebat, distress pernafasan dan koma. Kemudian pada stroke Non hemoragik biasanya mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual muntah, kelemahan reflex, afasia (gangguan komunikasi), difasia(memahami kata), kesemutan, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar (Rhestifujiyani, 2015).
- 3) Riwayat penyakit sekarang Serangan stroke biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak lain (Tarwoto, 2015 ).
- 4) Riwayat penyakit dahulu Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, Riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat

antikoagulan , aspirin, vasodilator, obat-obatadiktif, dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan klien seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan alcohol (Muttaqin, 2015).

5) Riwayat kesehatan keluarga Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena factor genetic/keturunan.

6) Pemeriksaan fisik

a) Pemeriksaan fisik

(1) Aktifitas/istirahat

- (a) Merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia)
- (b) Merasa mudah lelah, susah beristirahat (nyeri, kejang otot)

(2) Sirkulasi

- (a) Adanya penyakit jantung ( reumatik atau penyakit jantung vascular, endocarditis, polisitemia, riwayat hipotensi postural)
- (b) Hipotensi arterial berhubungan dengan embolisme atau malformasi vaskuler
- (c) Frekuensi nadi dapat bervariasi karena ketidakefektifan fungsi

## (3) Eliminasi

- (a) Perubahan pola berkemih seperti : inkontensia urin, anuria
- (b) Distensi abdomen, bising usus (-)

## (4) Makanan / cairan

- (a) Nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut atau peningkatan TIK
- (b) Kehilangan sensasi ( rasa kecap pada lidah, pipi dan tengkorak)
- (c) Disfagia, riwayat DM, peningkatan lemak dalam darah
- (d) Kesulitan menelan ( gangguan pada reflek palatum dan faringeal), obesitas

## (5) Neurosensori

- (a) Adanya sinkope atau pusing, sakit kepala berat
- (b) Kelemahan, kesemutan, kebas pada sisi terkena seperti mati/ lumpuh
- (c) Penglihatan menurun : buta total, kehilangan daya lihat sebagian ( kebutaan monokuler ), penglihatan ganda (diplopia)
- (d) Sentuhan : hilangnya rangsangan sensoria da sisi tubuh yang berlawanan atau pada ekstremitas dan kadang pada ipsilateral satu sisi pada wajah
- (e) Gangguan rasa pengecap dan penciuman
- (f) Gangguan fungsi kognitif : penurunan memori

(g) Ekstremitas : kelemahan atau paralise (kontralateral), tidak dapat menggenggam reflek tendon melemah secara kontralateral

b) Pemeriksaan head to toe

(1) Kepala Kulit kepala :

a) Kepala, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat operasi

b) Mata, penglihatan adanya kekaburan akibat adanya gangguan nervus optikus (nervus II), gangguan dalam mengangkat bola mata (nervus III), gangguan dalam memutar bola mata (nervus IV) dan gangguan dalam menggerakkan bola mata kelateral (nervus VI)

(2) Mulut, adanya gangguan pengecap (lidah) akibat kerusakan nervus vagus adanya kesulitan dalam menelan

(3) Dada

(a) Paru-paru Pada pernafasan kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, ataupun wheezing, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleksi batuk dan menelan.

(b) Jantung Pengkajian pada sistem kardiovaskuler didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg)

- (4) 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.
- (5) Ekstremitas : didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparasis atau kelemahan salah satu sisitubuh adalah tanda yang lain.

### **2.2.2 Analisa Data**

Analisa data merupakan kemampuan mengaitkan data serta menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien (Mahyar, 2016). Data yang ada kemudian akan dikumpulkan serta dikelompokkan sesuai dengan masalahnya untuk kemudian dianalisa sehingga menghasilkan suatu kesimpulan berupa masalah keperawatan yang pada akhirnya menjadi diagnisa keperawatan.

### **2.2.3 Diagnosa Keperawatan**

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

1) Risiko gangguan perfusi serebral tidak efektif (D.0017)

Definisi : Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

Faktor Resiko :

- a) Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin parsial
  - b) Penurunan kinerja ventrikel kiri
  - c) Aterosklerosis aorta
  - d) Diseksi arteri
  - e) Tumor otak
  - f) Stenosis karotis
  - g) Koagulopati (mis. anemia sel sabit)
  - h) Dilatasi kardiomiopati
  - i) Embolisme
  - j) Cedera kepala
  - k) Hiperkolesteronemia
  - l) Hipertensi
  - m) Endokarditis infeksi
  - n) Katup prostetik mekanis
  - o) Neoplasma otak
  - p) Infark miokard akut
  - q) Penyalahgunaan zat
  - r) Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass)
- 2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

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

**Tabel 2. 1 Batasan Karakteristik Defisit Perawatan Diri**

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

(PPNI, 2017).

### 3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

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

Penyebab :

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

### 4) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

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

Penyebab :

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

**Tabel 2. 2 Batasan Karakteristik Gangguan Komunikasi Verbal**

| <b>Tanda dan Gejala</b> | <b>Subjektif</b>        | <b>Objektif</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mayor                   | <i>(tidak tersedia)</i> | 1. Tidak mampu bicara atau mendengar<br>2. Menunjukkan respon tidak sesuai                                                                                                                                                                                              |
| Minor                   | <i>(tidak tersedia)</i> | 1. Afasia<br>2. Disfasia<br>3. Apraksia<br>4. Dislaksia<br>5. Disartria<br>6. Afonia<br>7. Dislalia<br>8. Pelo<br>9. Gagap<br>10. Tidak ada kontak mata<br>11. Sulit memahami komunikasi<br>12. Sulit mempertahankan komunikasi<br>13. Sulit menggunakan ekspresi wajah |

(PPNI, 2017).

#### 5) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040)

Penyebab :

- a) Iritasi kandung kemih.

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

**Tabel 2. 3 Batasan Karakteristik Gangguan Eliminasi Urin**

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

(PPNI, 2017).

6) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054).

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

Penyebab :

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

**Tabel 2. 4 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik**

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

(PPNI, 2017).

#### 7) Gangguan persepsi sensori

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

Penyebab :

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

**Tabel 2. 5 Batasan karakteristik Gangguan persepsi sensori**

| <b>Tanda dan gejala</b> | <b>Subjektif</b>                                                                              | <b>Objektif</b>                                                                                                      |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mayor                   | 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan<br>2. Merasakan sesuatu melalui indra peraba | 1. Distorsi sensori<br>2. Respon tidak sesuai<br>3. Bersikap seolah olah melihat, mendengar, mencium. Meraba sesuatu |
| Minor                   | 1. Menyatakan kesal                                                                           | 1. Menyendiri<br>2. Melamun<br>3. Konsentrasi buruk<br>4. Berorientasi waktu, tempat,                                |

|    |                 |      |
|----|-----------------|------|
|    | orang           | atau |
|    | sesuatu         |      |
| 5. | Curiga          |      |
| 6. | Melihat ke satu |      |
|    | arah            |      |
| 7. | Mondar mandir   |      |
| 8. | Bicara sendiri  |      |

#### 2.2.4 Intervensi Keperawatan

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

**Tabel 2. 6 Intervensi keperawatan SDKI, SLKI dan SIKI**

| No | Diagnosa                                                | SLKI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SIKI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Risiko gangguan perfusi serebral tidak efektif (D.0017) | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran mengikat (5)</li> <li>2. Kognitif meningkat (5)</li> <li>3. Sakit kepala langsung menurun (5)</li> <li>4. Gelisah menurun (5)</li> <li>5. Cemas menurun (5)</li> <li>6. Demam menurun (5)</li> <li>7. Tekanan arteri rata-rata membaik (5)</li> <li>8. Tekanan intra krania membaik (5)</li> <li>9. Tekanan darah sistolik membaik (5)</li> <li>10. Tekanan darah diastolik membaik (5)</li> <li>11. Reflek saraf membaik (5)</li> </ol> | <p>Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325).<br/>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran)</li> <li>3. Monitor MAP</li> <li>4. Monitor CVP</li> <li>5. Monitor PAP</li> <li>6. Monitor ICP</li> <li>7. Monitor gelombang ICP</li> <li>8. Monitor status pernapasan</li> <li>9. Monitor intake dan output</li> <li>10. Monitor cairan serebro-spinalis (mis, warna, konsentrasi)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>12. Berikan posisi semi fowler</li> <li>13. Hindari penggunaan PEEP</li> <li>14. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</li> <li>15. Atur ventilator agar PaCO<sub>2</sub> optimal</li> <li>16. Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan</li> <li>18. Kolaborasi pemberian diuretik</li> <li>19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) pasien</li> <li>2. Untuk monitor tanda/gejala peningkatan TIK pasien</li> <li>3. Untuk monitor MAP pasien</li> <li>4. Untuk monitor CVP pasien</li> <li>5. Untuk monitor PAP pasien</li> <li>6. Untuk monitor ICP pasien</li> <li>7. Untuk monitor gelombang ICP pasien</li> <li>8. Untuk monitor status pernapasan pasien</li> <li>9. Untuk monitor intake dan output pasien apakah seimbang atau tidak</li> <li>10. Untuk monitor cairan serebro-spinalis pasien</li> <li>11. Untuk minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang agar pasien nyaman</li> <li>12. Memeriksa posisi semi fowler</li> <li>13. menghindari penggunaan PEEP</li> <li>14. menghindari pemberian cairan IV hipotonik</li> <li>15. Mengatur ventilator agar PaCO<sub>2</sub> pasien optimal</li> <li>16. mempertahankan suhu tubuh pasien normal</li> <li>17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan</li> <li>18. Kolaborasi pemberian diuretik</li> <li>19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja</li> </ol> |

|   |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | Defisit Perawatan Diri (D.0109) | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat (L.11103) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi Meningkat (5)</li> <li>2. Kemampuan mengenakan pakaian Meningkat (5)</li> <li>3. Kemampuan makan Meningkat (5)</li> <li>4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) Meningkat (5)</li> <li>5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri Meningkat (5)</li> <li>6. Minat melakukan perawatan diri Meningkat (5)</li> <li>7. Mempertahankan kebersihan diri Meningkat (5)</li> <li>8. Mempertahankan kebersihan mulut Meningkat (5)</li> </ol> | <p>Dukungan perawatan diri (I.11348)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</li> <li>2. Monitor tingkat kemandirian</li> <li>3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)</li> <li>5. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</li> <li>6. Dampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri</li> <li>7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</li> <li>8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</li> <li>9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia pasien</li> <li>2. Untuk monitor tingkat kemandirian pasien</li> <li>3. Untuk mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</li> <li>4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik bagi pasien</li> <li>5. Menyiapkan keperluan pribadi pasien agar mempermudah</li> <li>6. mendampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri</li> <li>7. Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</li> <li>8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</li> <li>9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien agar terjadwal</li> <li>10. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan</li> </ol> |
| 3 | Risiko Defisit Nutrisi (D.0032) | <p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien mampu memenuhi kebutuhan Status nutrisi membaik (L.03030) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5)</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui status nutrisi pasien</li> <li>2. Untuk mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan pasien</li> <li>3. Untuk mengidentifikasi makanan yang disukai pasien</li> <li>4. Untuk mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi yang diperlukan klien</li> <li>5. Untuk mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|   |                                     |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                     | 2. Kekuatan menelan meningkat (5)<br>3. Kekuatan mengunyah meningkat (5)<br>4. Berat badan membaik (5)<br>5. Indek masa tubuh membaik (5)<br>6. Nafsu makan membaik (5)<br>7. Bising usus membaik (5) | 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik<br>6. Monitor asupan makanan<br>7. Monitor berat badan<br>8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium<br>Terapeutik<br>9. Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu<br>10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)<br>11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai<br>12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi<br>13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein<br>14. Berikan suplemen makanan, jika perlu<br>15. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi<br>Edukasi<br>16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu<br>17. Ajarkan diet yang diprogramkan<br>Kolaborasi<br>18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu<br>19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu | 6. Untuk Monitor asupan makanan<br>7. Untuk Monitor berat badan<br>8. Untuk monitor hasil pemeriksaan laboratorium<br>9. Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu<br>10. Fasilitasi menentukan pedoman diet<br>11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai<br>12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi<br>13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein<br>14. Berikan suplemen makanan, jika perlu<br>15. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi<br>16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu<br>17. Ajarkan diet yang diprogramkan<br>18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan<br>19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan |
| 4 | Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119) | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24jam diharapkan komunikasi verbal membaik L.13118 dengan kriteria hasil :                                                                             | Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I13492)<br>Observasi<br>1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1. Untuk monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara pasien                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Kemampuan bicara meningkat (5)                | 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa)                                                                                                                                                                              | 2. Untuk monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara pada pasien                   |
| 2. Kemampuan mendengar meningkat (5)             | 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara                                                                                                                                                                                                                            | 3. Untuk monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara pasien                               |
| 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (5) | 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi                                                                                                                                                                                                                                | 4. Untuk mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi                                      |
| 4. Afasia menurun (5)                            | Terapeutik                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 5. Gunakan metode komunikasi alternatif dengan pasien                                                                 |
| 5. Disatria Menurun (5)                          | 5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)                                                                                                                                                         | 6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan dengan pasien                                                           |
| 6. Respon perilaku membaik                       | 6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) | 7. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan                                                                 |
|                                                  | 7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan                                                                                                                                                                                                                                                   | 8. Ulangi apa yang disampaikan pasien                                                                                 |
|                                                  | 8. Ulangi apa yang disampaikan pasien                                                                                                                                                                                                                                                                 | 9. Memberikan dukungan psikologis pada pasien agar nyaman                                                             |
|                                                  | 9. Berikan dukungan psikologis                                                                                                                                                                                                                                                                        | 10. Gunakan juru bicara                                                                                               |
|                                                  | 10. Gunakan juru bicara, jika perlu                                                                                                                                                                                                                                                                   | 11. Anjurkan berbicara perlahan                                                                                       |
|                                                  | Edukasi                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara |
|                                                  | 11. Anjurkan berbicara perlahan                                                                                                                                                                                                                                                                       | 13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis                                                                        |
|                                                  | 12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |
|                                                  | Kolaborasi                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                       |

|   |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|---|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|   |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 5 | Gangguan eliminasi Urine (D.0040) | Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan Eliminasi urin klien membaik (L.04034) dengan kriteria hasil :<br>1. Sensasi berkemih Meningkat (5)<br>2. Desakan berkemih (urgensi) Menurun (5)<br>3. Distensi kandung kemih Menurun (5)<br>4. Berkemih tidak tuntas (hesitancy) Menurun (5)<br>5. Volume residu urine Menurun (5)<br>6. Urin menetes (dribbling) Menurun (5)<br>7. Nokturia Menurun (5)<br>8. Mengompol Menurun (5)<br>9. Enuresis Menurun (5)<br>10. Disuria Menurun (5)<br>11. Anuria Menurun (5)<br>12. Frekuensi BAK Membaik (5)<br>13. Karakteristik urine Membaik (5) | Manajemen Eliminasi Urin (I.04152)<br>Observasi<br>1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine<br>2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin<br>3. Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna)<br>Terapiutik<br>4. Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih<br>5. Batasi asupan cairan, jika perlu<br>6. Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur<br>Edukasi<br>7. Ajarkan tanda gejala infeksi saluran kemih<br>8. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine<br>9. Ajarkan mengambil spesimen urine midstream<br>10. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih<br>11. Ajarkan terapi modalitas, penguatan otot-otot panggul atau berkemih<br>12. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi<br>13. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur<br>Kolaborasi<br>14. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, Jika perlu | 1. Untuk mengidentifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine pasien<br>2. Untuk mengidentifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin pasien<br>3. Monitor eliminasi urin pada pasien<br>4. Mencatat waktu-waktu dan haluaran berkemih pasien pada beberapa jam<br>5. Membatasi asupan cairan, jika perlu<br>6. Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur<br>7. Ajarkan tanda gejala infeksi saluran kemih<br>8. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine<br>9. Ajarkan mengambil spesimen urine midstream<br>10. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih<br>11. Ajarkan terapi modalitas, penguatan otot-otot panggul atau berkemih<br>12. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi<br>13. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur<br>14. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, Jika perlu |  |

|   |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6 | Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)  | <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05024) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas Meningkat (5)</li> <li>2. Kekuatan otot Meningkat (5)</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) Meningkat (5)</li> <li>4. Nyeri Menurun (5)</li> <li>5. Cemas Menurun (5)</li> <li>6. Kaku sendi Menurun (5)</li> <li>7. Gerakan tidak terkoordinasi Menurun (5)</li> <li>8. Gerakan terbatas Menurun (5)</li> <li>9. Kelemahan fisik Menurun (5)</li> </ol> | <p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur)</li> <li>6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu</li> <li>7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien</li> <li>2. Untuk mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan pasien</li> <li>3. Untuk monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi pasien</li> <li>4. Untuk monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu</li> <li>7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan pasien dan bantu jika perlu</li> </ol> |
| 7 | Gangguan Persepsi sensori (D.0085) | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan persepsi sensori membaik (L.09083) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun (5)</li> <li>2. Verbalisasi melihat bayangan menurun (5)</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>Manajemen Halusinasi (I.09288)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi</li> <li>2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan</li> <li>3. Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pertahankan lingkungan yang aman</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi</li> <li>2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan</li> <li>3. Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri)</li> <li>4. Pertahankan lingkungan yang aman</li> <li>5. Lakukan Tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis: limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                        |                                                                                                                                             |                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan menurun (5)   | 5. Lakukan Tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis: limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) | 6. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi                                                           |
| 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman menurun (5)  | 6. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi                                                                                      | 7. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi                                                               |
| 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecapan menurun (5) | 7. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi                                                                                          | 8. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi                                                      |
| 6. Distorsi sensori menurun (5)                                        | Edukasi                                                                                                                                     | 9. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi |
| 7. Perilaku halusinasi menurun (5)                                     | 8. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi                                                                                 | 10. Anjurkan melakukan distraksi (mis: mendengarkan music, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi)             |
| 8. Respons sesuai stimulus membaik (5)                                 | 9. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi                            | 11. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi                                                       |
|                                                                        | 10. Anjurkan melakukan distraksi (mis: mendengarkan music, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi)                                        | 12. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu                                          |
|                                                                        | 11. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi                                                                                  |                                                                                                                  |
|                                                                        | Kolaborasi                                                                                                                                  |                                                                                                                  |
|                                                                        | 12. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu                                                                     |                                                                                                                  |

### 2.2.5 Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi atau pelaksanaan merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan. keperawatan. Pada tahap ini, perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, tehnik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien.

### 2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Rofifah, 2019). Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahapan proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP, yaitu :

- 1) S (*Subyektif*) : yaitu keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan (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 kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.

- 4) P (*Planning*) : yaitu rencana tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah klien.