

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar CVA

2.1.1 Definisi CVA *Infark*

CVA menurut WHO adalah suatu gangguan fungsi saraf akut yang disebabkan oleh karena gangguan peredaran darah otak, dimana secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal di otak yang terganggu.

CVA *infark* atau infark serebral adalah kondisi ketika aliran darah di otak terhambat, sehingga menyebabkan kerusakan jaringan otak. Kerusakan ini terjadi karena jaringan otak tidak mendapatkan cukup oksigen yang disebabkan oleh adanya hambatan di pembuluh darah arteri otak. Tanpa oksigen yang memadai, sel dan jaringan otak akan mengalami kerusakan dan mati. Stroke *infark* disebut juga sebagai *stroke iskemik* atau *stroke non-hemoragik*.

2.1.2 Klasifikasi CVA *Infark*

CVA *Infark* dapat berupa iskemik atau *emboli* dan *thrombosis* serebral, serangan yang seringkali ditemui pada klien terjadi pada saat setelah istirahat yang lama, atau saat bangun tidur dan dipagi hari. CVA *Infark* merupakan penyakit yang terjadi perubahan pada otak yang terserang apabila tidak ditangani kurang dari 6 jam atau biasa disebut dengan “*golden periode*” maka akan terjadi kecacatan, kelemahan bahkan kematian, yang disebabkan karena penurunan suplai darah ke

otak yang mengalami penyumbatan pembuluh darah oleh *thrombus* ataupun *embolus*. Berdasarkan keadaan patologis CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* diklasifikasikan :

- 1) CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Thrombosis* adalah pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.
- 2) CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *emboli* adalah benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah pada otak
- 3) *Hipoperfusi sistemik* adalah gangguan denyut jantung sehingga aliran darah ke seluruh tubuh berkurang

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

2.1.3 Etiologi

- 1) Trombosit serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis dapat terjadi akibat aterosklerosis, hiperkoagulasi pada polisitemia, arteritis (radang pada arteri) dan emboli.

- 2) Hemograpi Pendarahan

Pendarahan intrakraminal atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subaraknoid atau kedalam jaringan otak sendiri sebagai akibat dari pecahnya pembuluh darah. Pecahnya

pembuluh darah diakibatkan oleh adanya aterosklerosis dan hipertensi. Pecahnya pembuluh darah otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, edema dan mungkin herniasi otak.

3) Hipoksia Umum

Hipoksia umum disebabkan oleh hipertensi yang parah, henti jantung paru, dan curah jantung turun akibat aritmia yang mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.

4) Hipoksia Setempat

Menurut (Nur Hayati, 2024) hipoksia setempat diakibatkan oleh spasme arteri serebral yang disertai perdarahan subaraknoid dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren.

2.1.4 Faktor Resiko

Beberapa faktor penyebab CVA *Infark* menurut (Kusuma & Sara, 2020):

1) Faktor yang tidak dapat diubah (*non reversible*)

- a) Jenis kelamin : Pria lebih sering ditemukan stroke dari pada wanita.
- b) Usia : semakin tinggi usia makin tinggi terkena stroke
- c) Keturunan : Ada riwayat keluarga yang terkena stroke

2) Faktor yang dapat diubah

- a) Hipertensi
- b) Penyakit jantung
- c) Kolesterol tinggi

- d) Obesitas
- e) Diabetes mellitus
- f) Polisitemia
- g) Stress emosional
- 3) Kebiasaan hidup
 - a) Merokok
 - b) Minum-minuman alcohol
 - c) Obat-obatan terlarang
 - d) Aktivitas yang tidak sehat : kurang olahraga, makanan yang berkolesterol.

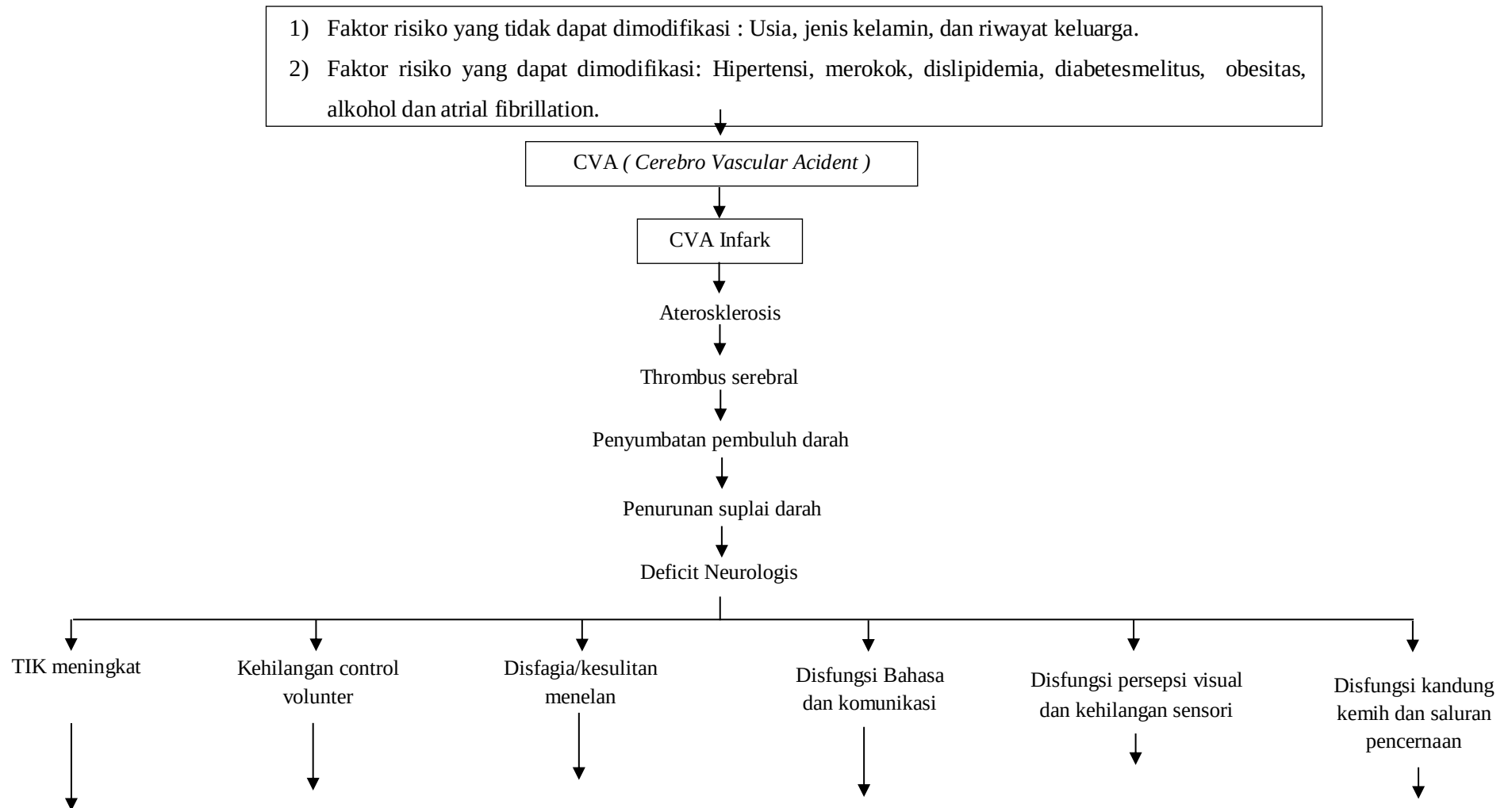
2.1.5 Manifestasi Klinis

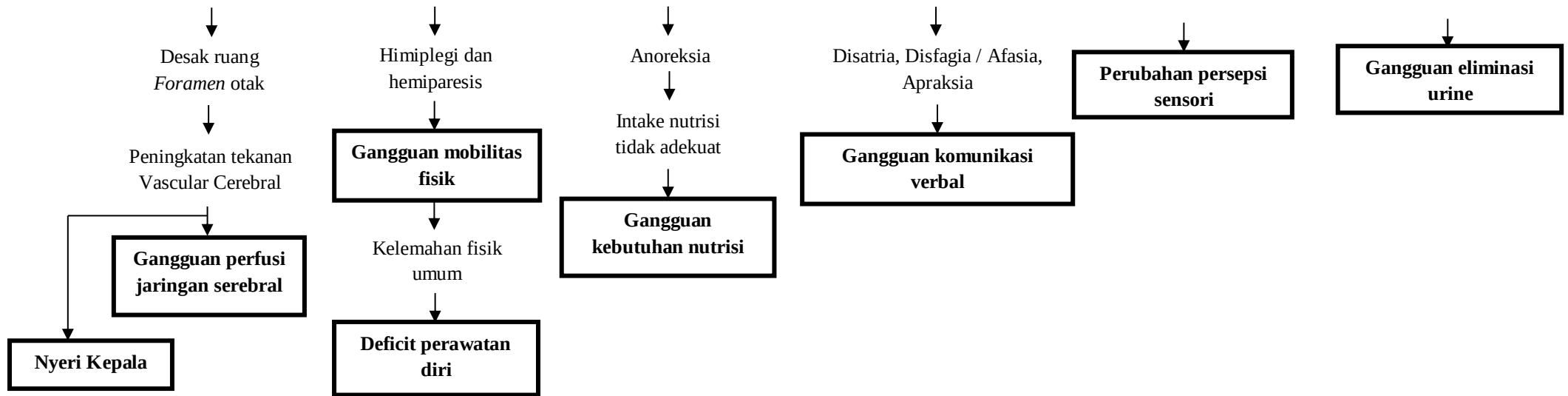
Stroke *Infark* dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu : stroke trombotik dan stroke embolik. Penyebab stroke *Infark* diantaranya : Hipertensi, Diabetes mellitus, Gejala stroke dapat diingat lebih mudah dengan kata FAST (Maria, 2021) :

- 1) Face (wajah), kelumpuhan wajah
- 2) Arms (tangan), kesulitan mengangkat tangan
- 3) Speech (Perkataan), afasia, bicara tidak jelas/tidak lancar/pelo
- 4) Time (waktu), harus segera membawa ke RS.
- 5) Gangguan penglihatan.
- 6) Ataksia (truncal/anggota badan)
- 7) Vertigo, mual dan muntah atau nyeri kepala, pingsan, depresi

2.1.6 Patofisiologi

1) Pathway





Gambar 2.1 Patofisiologi, (NANDA, 2016)

2) Uraian

Faktor resiko yang mempengaruhi terjadinya CVA (*Cerebro Vascular Accident*) ada 2 yaitu faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor resiko yang dapat dimodifikasi. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga sedangkan faktor resiko yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, merokok, dislipidemia, diabetesmelitus, obesitas, alkohol dan atrial fibrillation. CVA ada dua jenis yaitu CVA infark dan CVA Hemoragic Faktor terjadinya CVA 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 CVA hemoragik yaitu kelainan pembuluh darah, aneurisme, hipertensi yang dapat mengakibatkan pembuluh darah tidak bisa menahan tekanan darah sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah yang berakibat terjadinya perdarahan dan Aliran darah ke otak menurun yang mengakibatkan sel-sel di dalam otak mati. Kedua factor tersebut dapat menimbulkan deficit neurologis (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen sehingga muncul **gangguan perfusi jaringan serebral**. Salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan vascular serebral dan menimbulkan nyeri

kepala. Pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan control volunter atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan, ataupun kaki menimbulkan **gangguan mobilitas fisik**. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah **defisit perawatan diri**, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity Daily Living). Kelemahan kontrol otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, disfasia/afasia, disatria (kehilangan kemampuan berbicara) sehingga muncul masalah **gangguan komunikasi verbal**. 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 finger sehingga menimbulkan masalah **gangguan eliminasi urine**.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang CVA menurut (Hariyanto, 2024) yaitu meliputi :

- 1) *MRI (Magnetig Resonance Imaging)* : menunjukkan daerah yang

mengalami infark atau hemoragik.

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

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan CVA *Infark* menurut (Harsono, 2016 & PERDOSSI, 2016), yaitu :

1) Penatalaksanaan Keperawatan

- a) Bedrest total dengan posisi kepala head up 15°-30°.
- b) Berikan terapi oksigen 2-3 L/menit dengan nasal kanul.
- c) Pasang infus IV sesuai kebutuhan.
- d) Monitor ketat kelainan-kelainan neurologis yang timbul

- e) Berikan posisi miring kanan dan kiri per 2 jam dan observasi pasca pemberian posisi.

2) Penatalaksanaan Medis

- a) Pemberian alteplase dengan dosis 0.6-0.9 mg/kgBB dengan onset <6 jam sebagai trombolisis intravena.
- b) Trombektomi mekanik dengan oklusi karotis interna atau pembuluh darah intracranial dengan onset <8 jam sebagai terapi endovascular.
- c) Pemberian obat-obatan seperti nicardipin, ACE inhibitor, Beta Bloker, Diuretik, calcium antagonist sebagai manajemen hipertensi.
- d) Pemberian obat-obatan seperti anti diabetic oral maupun insulin sebagai manajemen gula darah.
- e) Pemberian obat-obatan dabigatran, warfarin dll.
- f) Pemberian obat-obatan neuroprotektor seperti citicholin, piracetan, pentoxifyline, dll.

3) Penatalaksanaan Nyeri

- a) Pemberian teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri.
- b) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.
- c) Memfasilitasi istirahat tidur.
- d) Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan *CVA Infark*

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari sebuah proses keperawatan dan juga merupakan proses sistematis yang dilakukan untuk mengumpulkan data dari berbagai sumber, yang digunakan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan seorang pasien. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai dengan kejadian atau kenyataan kebenaran dalam data ini sangat diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan dan juga digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan sesuai dengan respon masing-masing individu yang kemudian telah ditentukan dalam standar praktik keperawatan (Zebua, LJ, 2021).

1) Pengumpulan Data

a) Identitas pasien

Meliputi nama pasien, umur, alamat, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosa medis (Zebua, I.J. 2021).

b) Riwayat Kesehatan

(1) Keluhan utama

Keluhan yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Zebua, IJ, 2021).

(2) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan

awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke Iskemik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. (Zebua, LJ, 2021)

(3) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat- obat antikoagulen, aspirin, fasodilator, obat- obat adiktif, kegemukan. (Zebua, LJ, 2021)

(4) Riwayat penyakit keluarga

Yang Riwayat yang terdapat pada keluarga biasanya terdapat riwayat keluarga yang menderita Hipertensi, DM, atau riwayat CVA dari generasi terdahulu.

(Muttaqin, dalam Kusyani, 2022).

(5) Riwayat psikososial

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola *persepsi* dan konsep diri menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak *kooperatif* . dalam pola penanganan, klien biasanya

mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses pikir dan kesulitan berkomunikasi. (Zebua, LJ, 2021)

c) Kebiasaan sehari-hari

(1) Pola Nutrisi

Gejala : nafsu makan hilang, mual dan muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia, Tanda : kesulitan menelan dan obesitas (Zebua, LJ, 2021)

(2) Pola Eliminasi

Gejala : adanya perubahan pola berkemih dan kesulitan BAB (*konstipasi*)

Tanda : *bising usus* negatif, *distensi abdomen* dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. (Zebua, LJ, 2021)

(3) Pola Aktivitas

Pada klien Stroke akan terjadi kelelahan, kelemahan, ketidaknyamanan, adanya dispnea saat digunakan aktivitas. (Zebua, LJ, 2021)

(4) Pola Istirahat

Gejala : klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena mengalami kelemahan, kehilangan sensasi atau *paralisis (hemiplegia)*, merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot).

Tanda : gangguan tonus otot, *paralisis (hemiplegia)*, dan terjadi

kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran. (Zebua, LJ, 2021)

(5) Personal hygiene

Pada penderita stroke dengan *hemiplegi* dan *hemiparase* akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan sibilin dan oral hygiene. (Zebua, LJ, 2021)

(6) Pola seksualitas atau reproduksi

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui siklus haid, usia *menarche*, haid terakhir, masalah dalam menstruasi, penggunaan kontrasepsi sebelumnya, pemeriksaan payudara mandiri dan masalah seksual klien yang berhubungan dengan penyakit. (Zebua, LJ, 2021)

(7) Pola hubungan dan peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. (Zebua, LJ, 2021)

(8) Pola persepsi dan konsep diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak *kooperatif*. (Zebua, LJ, 2021)

(9) Pola sensori dan kognitif

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan/kekaburan pandangan, perabaan/sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses

berpikir. Berdasarkan teori Kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh akan menyebabkan klien jarang beribadah (Zebua, LJ, 2021)

d) Data psikososial

(1) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran pasien, dan koma. merupakan indikator pertama status neurologis pasien. Berdasarkan tingkat kesadaran terdiri dari *composmentis*, *apatis*, *latergi*, *delirium*, *samnolen* dan nilai GCS 4-5-6 dengan memperhatikan respon membuka mata(1-4), respon verbal (1-5), respon motorik (1-6) (Zebua, LJ, 2021)

(2) Pola interaksi dan komunikasi

Biasanya klien tidak mampu menjawab pertanyaan dari perawat ataupun petugas medis lain karena gangguan *disatria* (pelo, cedal), *disfonia* (serak, bindeng), *afasia* (gangguan berbahasa), *aleksia* (kehilangan kemampuan membaca sebelumnya. (Zebua, LJ, 2021)

(3) Orientasi

Mengaitkan keadaan sekitar dengan pengalaman lampau. Tanya orientasi tempat, aktu, orang dan situasi. Siapa namanya?, hariapa sekarang? Jam berapa? Sekarang berada dimana, siapa yang menunggu sekarang? (Zebua, LJ, 2021)

(4) Memori

Dalam memori di klafisikasikan menjadi memori segera,

memori jangka pendek, memori jangka panjang. Memori segera menyebutkan angka dan pasien mengulanginya. Tes memori jangka pendek berupa *verbal* dan *visual*. Memori jangka panjang menanyakan data pribadi pasien. (Zebua, LJ, 2021)

(5) Suasana hati atau mood

Mengkaji suasana hati dengan dilihat dari ekspresi wajah dan perilaku pasien mestinya sedih, datar atau sebaliknya. (Zebua, LJ, 2021)

2) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Tingkat kesadaran pasien merupakan indikator pertama status neurologis pasien. Biasanya pada pasien Stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (*samnolen*), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (*apatis*), mengantuk yang dalam (*sopor*), *spoor coma*, hingga penurunan kesadaran (*coma*), dengan GCS 12 pada awal terserang Stroke. Saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan *compos mentis* dengan GCS 13-15 (Sulistiyawati, 2020).

Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan Stroke non Hemoragic memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan *systole* > 140 dan

diastole > 80. (Sulistiyawati, 2020).

(2) Nadi

Biasanya nadi (Sulistiyawati, 2020), normal 60-100 x/menit.
(Sulistiyawati, 2020).

(3) Pernapasan

Biasanya pasien Stroke non Hemoragic tidak mengalami pernapas (Sulistiyawati, 2020),

(4) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan Stroke non Hemoragic (Sulistiyawati, 2020).

b) Pemeriksaan kepala dan rambut

(1) Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien Stroke non Hemoragic (Sulistiyawati, 2020).

(2) Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada nervus III (okulomotorius): pupil kadang isokor dan anisokor (Sulistiyawati, 2020).

(3) Hidung

Biasanya hidung simetris kiri dan kanan, tidak ada pernapasan cuping hidung (Sulistiyawati, 2020)

(4) Telinga

Biasanya daun pendengaran ada *tinnitus* (bunyi berdenging atau berdesis pada telinga) (Sulistiyawati, 2020)

(5) Mata

Inspeksi : *konjungtiva* pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan yang diakibatkan kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil anisokor dapat ditemukan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran, penglihatan dan lapang pandang kurang pada sisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi *paralisis* pada sisi *otot okularis* yang sakit

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Mulut

Biasanya pada penderita dengan apatis, sopor hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Penderita tidak dapat menjulurkan lidah dan mencong ke kiri dan kanan, artikulasi kurang jelas saat bicara (Sulistiyawati, 2020),

(6) Pemeriksaan leher

Jarang terjadi kaku kuduk, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat pembesaran kelenjaran tyroid, tidak terdapat pembesaran vena jugularis raba adanya pembesaran kelenjar tyroid. (Sulistiyawati, 2020).

c) Pemeriksaan Paru-paru

(1) Inspeksi biasanya simetris kiri dan kanan

(2) Palpasi : biasanya vokal fremitus sama antara kiri dan kanan

(3) Perkusi biasanya bunyi normal sonor

(4) Auskultasi (Sulistiyawati, 2020), biasanya suara normal vesikuler

d) Pemeriksaan Jantung

(1) Inspeksi biasanya iktus kordis tidak terlihat

(2) Palpasi : biasanya iktus kordis teraba

(3) Perkusi : biasanya batas jantung normal

(4) Auskultasi (Sulistiyawati, 2020), biasanya suara vesikuler

e) Abdomen

(1) Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites

(2) Auskultasi biasanya terjadi penurunan peristaltik (5-35 x/menit)

(3) Palpasi hepar biasanya tidak ada pembesaran

(4) Perkusi biasanya terdapat suara tympani (Sulistiyawati, 2020).

f) Pemeriksaan abdomen

Bising usus normalnya 5 – 35 x/menit. Pada pasien stroke biasanya didapatkan penurunan peristaltik usus akibat *bed rest* yang lama dan kadang terdapat kembung. (Sulistiyawati, 2020).

g) Pemeriksaan integumen

Apabila klien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Selain itu perlu juga dikaji adanya tanda-tanda *dekubitus* terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bedrest selama 2-3 minggu. (Sulistiyawati, 2020).

h) Pemeriksaan Ekstremitas

Pada pasien stroke biasanya ditemukan *hemiplegi paralisis* atau *hemiparase*, mengalami kelemahan otot. (Sulistiyawati, 2020).

i) Pemeriksaan Neurologis

(1) Nervus I (*Olfaktorius*) : terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, terkadang ada yang dapat menyebutkan bau yang diberikan perawat, namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda. (Sulistiyawati, 2020).

(2) Nervus II (*Optikus*) : gangguan sensori penglihatan hubungan *visual parsial* sering didapati pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Biasanya lapang pandang klien baik 90°, visus 6/6. (Sulistiyawati, 2020).

(3) Nervus III (*Okulomotoris*) : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan anisokor, *palpebra* dan reflek kedip dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata. (Sulistiyawati, 2020).

(4) Nervus IV (*Toklearis*) : klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah. (Sulistiyawati, 2020).

(5) Nervus V (*Trigeminus*) : klien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada klien koma ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka klien menutup

kelompok mata. (Sulistiyawati, 2020).

(6) Nervus VI (*Abdusen*) : klien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri. (Sulistiyawati, 2020).

(7) Nervus VII (*Fasialis*) : lidah bisa mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, bibir simetris dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. (Sulistiyawati, 2020).

(8) Nervus VIII (*Vestibulococlearis*) : klien kurang dapat mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung pada dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan artikulasi yang jelas. (Sulistiyawati, 2020).

(9) Nervus IX (*Glosafaringeus*) : *ovule* yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan, dan klien dapat merasakan asam urat. (Sulistiyawati, 2020).

(10) Nervus X (*Vagus*) : kemampuan klien tidak baik, kesukaran membuka mulut. (Sulistiyawati, 2020).

(11) Nervus XI (*Asesorius*) : klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat. (Sulistiyawati, 2020).

(12) Nervus XII (*Hipoglosus*) : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara. (Sulistiyawati, 2020).

2.2.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang didalamnya baik yang berlangsung actual maupun potensial (PPNI, 2018). Berikut diagnosa keperawatan pada klien CVA infark menurut (SDKI, 2017) :

1) Gangguan Perfusi Jaringan (D.0009)

Definisi : Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh

Penyebab :

- a) Hiperglikemia
- b) Penurunan konsentrasi himoglobin
- c) Peningkatan Tekanan Darah
- d) Kekurangan volume cairan
- e) Penurunan aliran arteri dan/atau vena
- f) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup, monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilisasi)
- g) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis diabetes melitus, hiperlipidemia)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Pengisian Kapiler<3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral terasa dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
1. Parastesia	1. Edema
2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)	2. Penyembuhan luka lambat
	3. Indeks ankle-brachial <0,90
	4. Bruit femoral

2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

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

Tanda dan Gejala Mayor

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

Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

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 neuromuskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan platum
- f) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidektomi)
- g) Hambatan individu (mis. Gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- h) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- i) Hambatan lingkungan (ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang

terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing.

Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

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

5) Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)

Perubahan persepsi stimulasi baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi

Penyebab :

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan penghiduan
- d) Gangguan perabaan

Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
-----------	----------

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

Tanda dan Gejala Minor

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

6) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040)

Disfungsi eliminasi urin

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
- h) Hambatan lingkungan
- i) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- j) Outlet kandung kemih tidak lengkap

k) Imaturitas

Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

7) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

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

Penyebab :

- a) Kerusakan integritas struktus tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan masa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi

- k) Gangguan muskolasketal
- l) Gangguan neuromaskular
- m) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitasfisik kecemasan
- r) Gangguan kognitif
- s) Keengganan melakukan pergerakan
- t) Gangguan sensori persepsi

Tanda dan Gejala Mayor

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

Tanda dan Gejala Minor

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

8) Nyeri Akut (D.0077)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset

mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.

Penyebab :

- a) Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).

Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur

Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Tekanan darah meningkat 2. pola napas berubah 3. nafsu makan berubah 4. proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis

a. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Diagnosa dan Intervensi SDKI, SLKI, dan SIKI

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Gangguan Perfusi Jaringan berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0009)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan kembali normal dengan kriteria hasil : 1) Klien tidak gelisah 2) Tidak ada keluhan nyeri kepala, mual, dan kejang 3) GCS 4,5,6 4) Pupil isokor 5) Reflek cahaya (+) - TTV normal	Observasi : 1) Identifikasi penyebab perubahan sensasi 2) Monitor perubahan kulit 3) Periksa sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, edema, pengisian kapiler, suhu) Terapeutik : 4) Lakukan pencegahan infeksi 5) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6) Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin) Edukasi : 7) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurunan kolestrol 8) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara rutin	1) Untuk mengetahui penyebab perubahan sensasi 2) Untuk mengetahui perubahan kulit 3) Untuk mengetahui sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, edema, pengisian kapiler) 4) Untuk mencegah terjadinya infeksi 5) Supaya tekanan darah stabil 6) Supaya kolestrol stabil dengan pemberian obat

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
2.	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan neuromaskular (D.0109)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam terjadi perilaku peningkatan perawatan diri Kriteria hasil: 1) Klien menunjukan perubahan gaya hidup untuk kebutuhan merawat diri 2) klien mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan, mengidentifikasi personal masyarakat yang dapat membantu	Observasi : 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik : 4) Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 5) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 6) Fasilitas kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 7) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi : 8) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian 3) Untuk mengetahui kebutuhan alat kebersihan yang diperlukan 4) Untuk memudahkan melakukan perawatan diri 5) Dengan adanya dukungan dari keluarga maka klien merasa senang 6) Untuk melatih kemampuan klien dalam perawatan diri

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
3.	Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dan mengunyah	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan klien mampu memenuhi kebutuhan nutrisi. Dengan kriteria hasil : 1) Intake makanan adekuat 2) Anemis tidak ada 3) Berat badan ideal 4) Tanda tanda vital normal 5) Hb dan tanda albumin normal 6) Lingkar pasien normal	Observasi : 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 3) Monitor berat badan 4) Identifikasi makanan yang disukai Terapeutik : 5) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 6) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 7) Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori Edukasi : 8) Anjurkan posisi duduk, jika mampu 9) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : 10) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu	1) Untuk mengetahui status nutrisi 2) Untuk mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 3) Untuk mengetahui perkembangan berat badan sebelum sakit dan sesudah sakit 4) Untuk mengetahui makanan apa yang disukai 5) Untuk menjaga kebersihan mulut 6) Untuk mencegah supaya tidak terjadi konstipasi 7) Untuk mencegah tersedak saat makan

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
4.	Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromaskular (D.0119)	Setelah di lakukan perawatan 3x24 jam di harapkan klien menunjukkan peningkatan kemampuan komunikasi verbal Kriteria hasil: Keluarga mengungkapkan peloyang di alami klien berkurang. Klien berkomunikasi dengan jelas. Klien tidak berbicara berulang-ulang untuk mengulang maksud yang sama.	Observasi : 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas,volume dan diksi bicara 2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran dan bahasa) 3) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik : 4) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, isyarat tangan dankomputer) 5) Ulangi apa yang disampaikan pasien 6) Berikan dukungan psikologis Edukasi : 7) Anjurkan bicaraperlahan Kolaborasi : 8) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	1) Untuk mengetahui kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara 2) Untuk mengetahui proses kognitif,anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3) Untuk mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 4) Dengan adanya dukungan psikologis klien merasa senang

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
5.	Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu memethankan fungsi sensori dengan kriteria hasil : 1) Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi persepsi 2) Mendemonstrasikan tingkah laku untuk mengkompensasikan kekurangan	Observasi : 1) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 2) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan 3) Monitor tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit, suhu, sensasi dan kondisi secara berkala Terapeutik : 4) Pertahankan lingkungan yang aman 5) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol emosi 6) Jadwalkan aktivitas dan jadwal hariin 7) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori Edukasi : 8) Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)	1) Untuk mengetahui tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 2) Untuk mengetahui status mental, sensori dan tingkat kenyamanan 3) Untuk mengetahui tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit dan suhu 4) Untuk memberikan rasa nyaman dan aman kepada klien 5) Supaya klien mempunyai kegiatan dan aktivitas setiap hari 6) Untuk mengatasi gangguan persepsi sensori yang dialami klien dengan pemberian obat rutin

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
			9) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus Kolaborasi : 10) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan 11) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus 12) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu	
6.	Gangguan eliminasi Urine berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi, kognitif, kerusakan komunikasi (D.0040)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan klien mampu BAK dengan normal dengan kriteria hasil : 1) Pola BAK normal 2) Pasien dapat berkomunikasi sebelum BAK 3) Kulit bersih dan kering Terhindar dari infeksi	Observasi : 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna) Terapeutik : 4) Catat waktu-waktu dan haluan berkemih 5) Batasi asupan	1) Untuk mengetahui tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2) Untuk mengetahui faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3) Untuk mengetahui frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna urin Supaya mengetahui tanda dan gejala infeksi saluran

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
			cairan, jika perlu Edukasi : 6) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 7) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih 8) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi Kolaborasi : 9) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu	kemih
7.	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan himeperise/hemiplegia (D.0054)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya Kriteria hasil: 1) Tidak terjadi kontraktur sendi. Bertambahnya kekuatan otot Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas	Observasi : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor kondisi umum selama melakukan Mobilisasi Terapeutik : 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu	

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
			6) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : 7) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 8) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 9) Ajarkan mobilisasi sederhana (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur)	
8.	Nyeri Akut berhubungan dengan perfusi perifer tidak efektif (D.0077)	Pengalman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. Kriteria hasil : 3) keluhan nyeri menurun meringis menurun	Observasi : 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Terapeutik 1) Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri(mis, TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, tehnik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan , kebisingan)	Observasi 1) Mengetahui lokasi nyeri, karakteristik nyeri, berapa lama nyeri dirasakan serta kualitas dan intensitas nyeri yang dirasakan pasien untuk mengetahui penanganan apa yang akan diberikan. Terapeutik. 1) Agar pasien tidak akan ketergantungan pada obat. 2) Memastikan pasien merasakan nyaman sehingga nyeri yang pasien rasakan tidak semakin parah.

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
			Edukasi 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Edukasi 1) Dengan mengetahui penyebab, periode, dan pemicu nyeri maka pasien dapat mengatasi nyerinya sendiri. 2) Agar pasien dapat memilih strategi untuk meredakan nyeri yang ia rasakan sendiri sesuai keinginan dan kenyamanannya. 3) Agar pasien dapat mengetahui terapi farmakologi (obat-obatan) yang dapat digunakan selain non farmakologi jika terapi non farmakologi tidak berhasil.

2.2.3 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan relisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data dan berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, 2015). Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2, yaitu :

1) Tindakan keperawatan mandiri

Tindakan yang dilakukan tanpa pesanan dokter. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan oleh perawat sendiri. Misalnya menciptakan lingkungan yang tenang.

2) Tindakan keperawatan kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat jika perawat bekerja dengan anggota perawatan lainnya dalam membuat keputusan bersama yang bertahan untuk mengatasi masalah klien.

2.2.4 Evaluasi

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terancang tentang Kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga Kesehatan lainnya (Suparyanto, 2013). Dalam evaluasi, perawat dapat mengetahui sejauh mana asuhan yang telah diberikan kepada klien dengan melihat pada kerangka SOAP, istilah SOAP yakni subjektif, objektif, analisis data, dan perencanaan. Adapun penjelasan lebih lanjut sebagai berikut :

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