

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit CVA

2.1.1 Definisi CVA (Cerebro Vaskuler Accident)

Stroke menurut *World Health Organization* (WHO) merupakan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat dari gangguan fungsi otak baik fokal maupun dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain selain vaskuler (Munir, 2015)

CVA adalah terputusnya aliran darah ke otak, karena tersumbat atau pecahnya pembuluh darah ke otak sehingga pasokan darah dan oksigen ke otak berkurang yang dapat menyebabkan gangguan fisik atau disabilitas (Ghani, 2016)

Stroke infark merupakan proses terjadinya iskemia akibat emboli dan trombosis serebral, biasanya sering terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau terjadi di pagi hari serta tidak terjadi perdarahan. Pada dasarnya stroke non Hemoragic disebabkan oleh oklusi pembuluh darah otak menyebabkan terhentinya pasokan oksigen dan glukosa ke otak tidak terjadi perdarahan namun timbul iskemia yang mengakibatkan hipoksia dan selanjutnya timbul edema sekunder (Sarani, 2021).

2.1.2 Klasifikasi CVA (Cerebro Vaskuler Accident)

Berdasarkan penyebabnya jenis stroke dibagi menjadi dua. Yaitu stroke non hemoregik (iskemik) dan hemoregik (P2PTM, 2018).

- 1) Stroke Non-Hemoragik, yaitu stroke yang diakibatkan karena adanya sumbatan pada pembuluh darah. Stroke iskemik adalah stroke yang paling sering terjadi. Ada dua jenis stroke iskemik yaitu :

- a) Stroke iskemik emboli

Merupakan stroke yang terjadi karena adanya bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam jantung atau pembuluh arteri besar yang tersangkut menuju otak.

- b) Stroke iskemik trombolik

Merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam pembuluh arteri yang mensuplai darah ke otak.

- 2) Strok hemoragik adalah stroke yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak. Stroke ini juga terdapat dua jenis yaitu :

- a) Stroke hemoragik intraserebral

Merupakan stroke yang diakibatkan karena pecahnya pembuluh darah dan darah masuk ke dalam jaringan yang menyebabkan sel-sel otak mati sehingga berdampak pada kerja otak berhenti. Penyebab seringnya adalah hipertensi.

- b) Stroke hemoragik subarachnoid

Merupakan stroke yang diakibatkan karena pecahnya pembuluh darah yang berdekatan dengan permukaan otak dan darah bocor di antara otak dan tulang tengkorak. Penyebab

bisa berbeda-beda, tetapi biasanya karena pecahnya aneurisma.

Stroke berdasarkan perjalanan penyakitnya dibagi menjadi dua yaitu TIA (*Transien Iskemic Attack*) dan Stroke Involusi (Hariyanto & Sulistyowati, 2015).

1) TIA (*Transien Iskemik Attack*)

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

2) Kondisi Involusi

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

2.1.3 Etiologi CVA (Cerebro Vaskuler Accident)

Menurut (Muttaqin, 2019) penyebab dari CVA adalah:

1) Thrombosis serebral

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami okusi sehingga dapat menyebabkan iskemia pada jaringan otak yang menimbulkan oedema dan kongesti disekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini bisa terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan darah yang menyebabkan iskemia serebral.

2) Hemoragi pendarahan intracranial atau intraserebral termasuk peredaran ruang subraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri,

perdarahan ini terjadi karena ateroklerosis hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak yang menyebabkan pembesaran darah ke dalam parenkim otak yang mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, mengakibatkan terjadinya pembengkakan pada otak dan jaringan otak, sehingga akan terjadi infrak otak, oedema, dan herniasi otak.

3) Hipoksia umum

4) Penyebab hipoksia umum adalah hipertensi yang parah, henti jantung, paru dan curah jantung yang turun akibat aritmia.

5) Hipoksia setempat

6) Penyebab hipoksia setempat adalah spasme arteri serebral yang disertai dengan subaraknoid dan vasokonstriksi arteri plak yang disertai dengan sakit kepala ringan.

2.1.4 Manifestasi Klinis CVA (Cerebro Vaskuler Accident)

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

1) Kelumpuhan

Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparalisis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot

pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

3) Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

4) Afasia (kesulitan dalam berbicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu :

a) Afasia motorik atau ekspresif

b) Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada *area Broca*, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara.

c) Afasia sensorik

d) Afasia ini terjadi karena kerusakan pada *area Wernicke*, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensorik pada tidak mampu atau (koheren).

e) Afasia global

f) Afasia ini terjadi akibat kerusakan yang luas pada otak, sehingga afasia jenis ini merupakan afasia paling berat. Pada afasia global pasien akan kesulitan bahkan tidak mampu membaca, menulis, serta memahami perkataan orang lain.

5) Disartria

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

6) Gangguan penglihatan, diplopia

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

7) Disfagia

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

8) Inkontinensia

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

9) Verigo, manual, muntah dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

2.1.5 Komplikasi CVA (Cerebro Vaskuler Accident)

Komplikasi yang terjadi saat terjadinya CVA menurut (Tarwoto, 2013) yaitu :

1) Fase akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran aliran darah otak

Pada area otak infrak atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya.

b) Edema serebri

Merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi

tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan 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 stroke dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentang terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflek batuk dan menelan.

2) Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut

a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan

biasanya terjadi akibat imobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, trombosis vena dalam, atropi, inkontinensia, urin dan bowel

b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas

listrik otak

c) Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, nyeri

kepala cluster

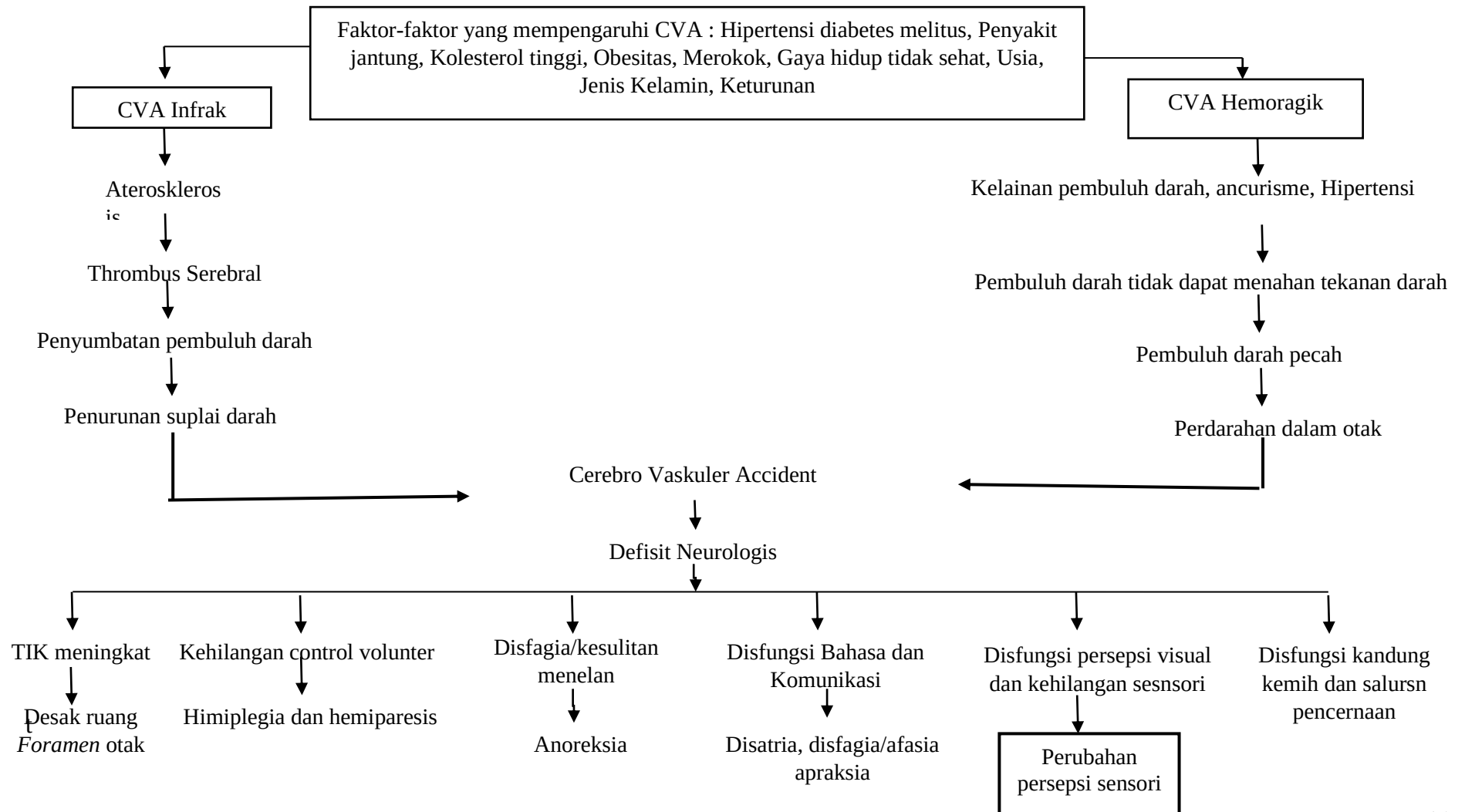
d) Malnutrisi, karena intake yang adekuat

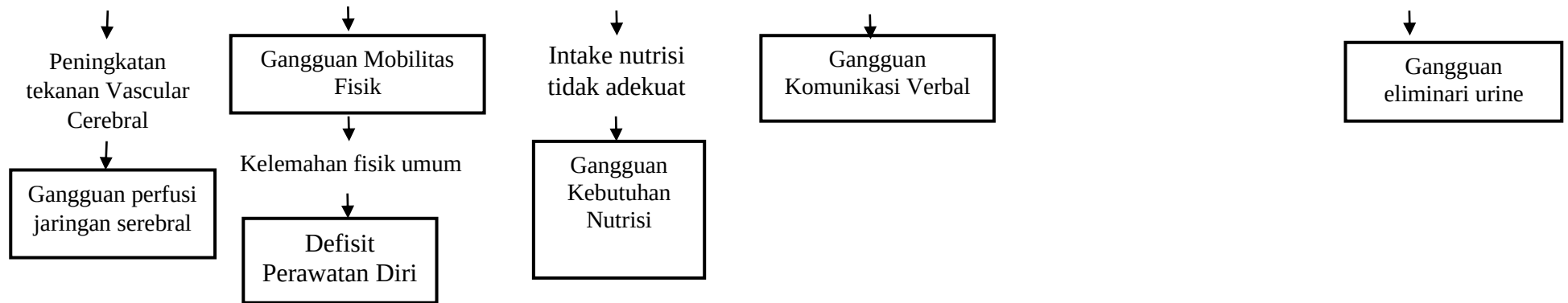
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang CVA (Cerebro Vaskuler Accident)

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien dengan CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) adalah sebagai berikut (Hariyanto,2015) :

- 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
- 8) Kolesterol, lipid
- 9) Asam urat, elektrolit

2.1.7 Patofisiologi CVA (Cerebro Vaskuler Accident)





Gambar 2.1 Patofisiologi Pathway CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) NANDA, 2016

Uraian

Faktor yang mempengaruhi terjadinya CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) yaitu Hipertensi, Diabetes melitus, Penyakit jantung, Kolesterol tinggi, Obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan. CVA ada dua jenis yaitu CVA Infark dan CVA Hemoragik. Faktor terjadinya CVA *Infark* yaitu penumpukan lemak, kolesterol di dinding, darah (aterosklerosis) yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah). faktor terjadinya CVA *Hemoragik* yaitu kelainan pembuluh darah, aneurisme, hipertensi yang dapat mengakibatkan pembuluh darah tidak bisa menahan tekanan darah sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah yang berakibat terjadinya perdarahan dan aliran darah ke otak menurun yang mengakibatkan sel-sel di dalam otak mati. Kedua faktor tersebut dapat menimbulkan *defisit 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 *ekstermitas* terjadi kehilangan kontrol *volunter* atau kelemahan otot-otot tubuh sehingga menimbulkan *hemiplegi* dan *hemiparases* akibat *lesi* pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan, ataupun kaki sehingga menimbulkan masalah *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 oto *fasial/wajah* berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, *disfasia/afasia, disatria* (kehilangan kemampuan berbicara) 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 *finger* sehingga menimbulkan masalah gangguan *eliminasi urine*.

2.1.8 Penatalaksanaan CVA (Cerebro Vaskuler Accident)

Penatalaksanaan pada pasien CVA menurut (Tarwoto, 2013), yaitu:

1) Penatalaksanaan umum

a) Pada fase akut (Golden Period selama 3 jam)

- (1) Terapi cairan, pada fase akut stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan dapat mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah
- (2) Terapi oksigen, pasien stroke iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak, sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan

ventilator merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisis gas darah atau oksimetri.

- (3) Penatalaksanaan peningkatan tekanan intrakranial dengan pemberian manito, kontrol atau pengendalian tekanan darah
- (4) Monitor fungsi pernapasan : Analisa gas darah
- (5) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG, evaluasi status cairan dan elektrolit
- (6) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri.
- (7) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan
- (8) Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan antikoagulan
- (9) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan reflek

b) Fase rehabilitasi

- (1) Pertahankan nutrisi yang adekuat
- (2) Program manajemen bladder dan bowel
- (3) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
- (4) Pertahankan integritas kulit
- (5) Pertahankan komunikasi yang efektif
- (6) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- (7) Persiapan pasien pulang

c) Fase rehabilitasi pasca stroke

(1) Terapi fisik

Terapi fisik, dilakukan untuk mengembalikan fungsi fisik dan mencegah terjadinya komplikasi, seperti kelumpuhan, kontraktur, atropi dan kehilangan tonus otot. Pasien dapat dilakukan latihan atau aktivitas di tempat tidur, mobilisasi dengan kursi atau dengan melakukan *Range Of Motion*. Terapi fisik dilakukan dengan melihat kondisi dan tingkat stabilisasi pasien.

(2) Okupulasi terapi

Pasien dengan stroke dapat mengalami gejala sisa seperti kelumpuhan yang menetap. Dengan gangguan fungsi tubuh maka terganggu aktivitasnya dan dapat kehilangan pekerjaan. Oleh karena itu terapi kerja atau okupasional terpaai sangna dibutuhkan untuk manggali potensi pasien dan melatih susuai dengan kondisi pasien.

(3) Speech terapi

Terapi ini sangat dibutuhkan untuk mengingat bicara dan komunikasi merupakan modal interaksi sosial. Kesulitan dalam berkomunikasi akan menimbulkan isolasi diri dan perasaan frustrasi. Pasien dengan stroke dapat mengalami gangguan bicara, baik disatria maupun apasi sehingga latihan bicara sangat perlu dilakukan.

(4) Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo-peritoneal bila ada hidrocefalus obstruktif akut.

(5) Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke :

1) Stroke iskemik

(a) Pemberian trombolisis dengan rt-PA (recombinant tissue-plasminogen)

(b) Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi.

2) Stroke haemoragik

(a) Antihipertensi : kaptopril dan antagonis kalsium

(b) Diuretik : manitol 20% dan furosemide

(c) Antikonvulsan : fenitoin

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan yang sistematis, berurutan, berkelanjutan/berkesinambungan dimulai dari pengumpulan data, menentukan masalah keperawatan, menyusun desain rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan dan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan dan mengevaluasi keberhasilan. Proses keperawatan merupakan metode yang digunakan dalam memberikan asuhan kepada

pasien. Sasaran asuhan yang diberikan dapat individu, kelompok, keluarga, masyarakat, baik sehat maupun sakit. Oleh karena itu maka masalah yang menjadi perhatian pada asuhan keperawatan adalah sedang terjadi, atau beresiko terjadi, maupun masalah yang positif. Area asuhan dapat berupa promotif, preventif, dan rehabilitative (Walid, 2019).

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, 1.J, 2021).

1) Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah mengumpulkan informasi tentang status kesehatan pasien yang menyeluruh mengenai fisik, psikologis, sosial budaya, spiritual, kognitif, tingkat perkembangan, status ekonomi, kemampuan fungsi dan daya hidup pasien.

a) Identifikasi klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, Pendidikan terakhir, alamat, pekerjaan, alamat, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, tanggal dan jam pengkajian, status perkawinan, nomor register, diagnose medis (Zebua, I.J, 2021)

2) Riwayat Kesehatan

a) 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, I.J, 2021)

b) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke infrak 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 hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain (Tarwoto, 2013)

c) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan. klien seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok. dan penggunaan alkohol (Tarwoto, 2013)

d) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes melitus (Tarwoto, 2013)

3) Pola aktivitas sehari-hari

(1) Pola makan

- a) Gejala : nafsu makan hilang, mual, muntah selama fase akut, disfagia, adanya riwayat diabetes
- b) Tanda : kesulitan menelan (Tarwoto, 2013)

(2) Pola eliminasi

- (a) Gejala : Pada pasien stroke biasanya didapatkan pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi, bagaimana eliminasi BAK apakah ada kesulitan, warna, bau, berapa jumlahnya.
- (b) Tanda : karena pada klien stroke mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidak

mampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural (Tarwoto, 2013)

(c) Pola aktivitas dan latihan

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori/paralise atau hemiplegia, mudah lelah (Getudris, 2019).

(d) Personal hygiene

Pada penderita stroke dengan hemiplegi dan hemiparase akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan disibin dan oral hygiene (Tarwoto, 2013)

(e) Tidur dan istirahat

Biasanya klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri/kejang otot) (Getudris, 2019).

4) Riwayat psikososial dan Spiritual

(1) Konsep diri

(a) Gambaran diri

Klien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan klien tidak mau membebani keluarganya, sehingga klien hanya mampu berserah diri kepada tuhan, semoga segera diberikan kesembuhan.

(b) Ideal diri

Klien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya

(c) Harga diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Doengos, 2000)

(d) Peran diri

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Doengos, 2000).

(e) Identitas diri

Penyakit stroke menyerang semua jenis kelamin, namun komposisi laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan

(f) Pola hubungan dan peran dengan orang lain

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Doenges & Marilynn, 2000)

(g) Pola persepsi dan konsep diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Doenges & Marilynn, 2000)

(h) 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 pikir (Doenges & Marilynn, 2000)

5) Pemeriksaan fisik

(a) Keadaan umum

Tingkat kesadaran pasien merupakan indikator pertama status neurologis pasien. Biasanya pada pasien CVA 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 CVA. Saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan *compos mentis* dengan GCS 13-15 (Sulistiyawati, 2020).

Tabel 2. 1 Tingkat Kesadaran berdasarkan Kualitatif

Kesadaran	Tanda – tanda
<i>Composmentis</i>	Orientasi penuh dapat menjawab pertanyaan dengan benar
<i>Apatis</i>	Keadaan pasien segan untuk berhubungan keadaan sekitar, sikap acuh tak acuh
<i>Delirium</i>	Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotorPasien nampak gaduh gelisah, meronta-ronta
<i>Samnolen</i>	Keadaan pasien yang selalu mau tidur, dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri namun jatuh tidur kembali
<i>Sopor</i>	Keadaan pasien mirip koma, tidak dapat dibangunkan kecuali dengan rangsangan nyeri
<i>Koma</i>	Keadaan kesadaran yang hilang sama sekali dengan rangsangan apaun tidak akan timbul.

Sumber (Tawoto, 2013)

Table 2.2 Tingkat Kesadaran berdasarkan Kuantitatif

Kriteria	Tingkatan	Skor
Membuka mata/eye evening (E)		
Membuka sebelum diberi stimulus	Spontan	4
Membuka sebelum diberi perintah suara	Terhadap suara	3
Membuka sebelum diberi stimulus pada ujung jari	Terhadap rangsang nyeri	2
Tidak membuka sama sekali	Tidak ada respon	1
Respon verbal/verbal respons (V)		
Menyebutkan nama, tempat, dan tanggal	Orientasi baik	5
Orientasi tidak baik tetapi komunikasi jelas	Bingung	4
Kata-kata saja (berbicara tidak jelas)	Kata-kata tidak dimengerti	3
Mengerang tanpa arti	Suara tidak jelas	2
Tidak ada suara yang terdengar	Tidak ada respon	1
Respon motoric/motor respons (M)		
Megakui pemerintah	Menuruti perintah	6
Menjangkau dan menjauhkan stimulus saat diberi rangsangan nyeri	Mengetahui lokasi nyeri	5
Menghindar atau menarik extremitas menjauhi stimulus saat diberi rangsangan nyeri	Reaksi menghindar i nyeri	4
Melipaat siku, Gerakan abnormal dominan	Fleksi abnormal	3
Ekstensi siku lengan	Ekstensi abnormal	2
Tidak ada Gerakan lengan/tungkai (tanpa faktor penghalang)	Tidak ada respon	1

Sumber (Marwuntu, 2019)

(b) Tanda – tanda vital

(a) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan CVA (Cerebral Vascular Accident) non Hemoragic memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80. (Sulistiyawati, 2020).

(b) Nadi

Biasanya nadi normal 60-100 (Sulistiyawati, 2020)

(c) Pernapasan

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

(d) Suhu

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

(10) Pemeriksaan kepala dan rambut

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

(b) Mata

Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun) (Muttaqin, 2008)

(c) Hidung

Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung (Muttaqin, 2008) Telinga

Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan, kebersihan telinga, telinga terdengar berdenging (Muttaqin, 2008)

(d) Telinga

Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging / berdesis pada telinga) (Tarwoto, 2013).

(e) Mulut

Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir (Muttaqin, 2008).Leher

Biasanya tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak terdapat kelenjar tyroid, kaku kuduk jarang terjadi (Sinta, 2011)

(f) Pemeriksaan integument :

(1) Kulit : jika kekurangan oksigen kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan maka turgor kulit akan jelek. Disamping itu perlu dikaji tanda-tanda dekubitus

(2) Kuku : perlu dilihat adanya *clubbing finger*, *cyanosis*

6) Pemeriksaan thorax/dada

(a) Pemeriksaan Jantung

- (1) Inspeksi : biasanya iktus kordis tidak terlihat
- (2) Palpasi : biasanya iktus kordis teraba
- (3) Perkusi : pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak
- (4) Auskultasi : mengetahui suara jantung pertama
 - (S1) terdengar bunyi "lub", suara jantung kedua
 - (S2) terdengar bunyi "dub" dan suara jantung tambahan (S3 dan S4). Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung.

(b) Pemeriksaan paru

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

auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar. ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Doenges & Marilyn, 2000)

(c) Pemeriksaan abdomen

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

(d) Pemeriksaan genetalia

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

(c) Pemeriksaan muskuloskeletal (ekstermitas)

Pada pasien dengan stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiparase, mengalami kelemahan otot (Tarwoto, 2013)

7) Pemeriksaan Neurologi

a) Refleksi

(1) Reflek fisiologis

(a) Reflek bisep

Tanda abnormal : jika tidak terjadi reflek pada siku, bisa terjadi pada salah satu sisi tubuh ekstremitas kanan maupun kiri.

(b) Reflek tricep

Tanda abnormal: jika tidak terjadi ekstensi lengan bawah pada sendi siku.

(c) Reflek patella

Tanda abnormal: tidak terjadi ekstensi tungkai bawah.

(2) Reflek patologis

(a) Reflek babinsky

Abnormal : jika ditemukan dorsofleksi ibu jari kaki dan pengembangan jari kaki lainnya.

(b) Reflek chaddock

Abnormal: pengembangan jari-jari kaki, dan ibu jari terjadi dorso fleksi.

(c) Reflek Gordon

Abnormal pengembangan pada jari-jari kaki dan ibu jari terjadi dorso fleksi

b) 12 nervus kranial

(a) Nervus kranial 1 Olfaktorius : Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman

(b) Nervus kranial 2 Optikus : Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dinagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapang pandang

(c) Nervus 3 Okulomotorius : Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar

(d) Nervus 4 Troklearis : Kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial

(e) Nervus 5 Trigeminus : Untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus.

(f) Nervus 6 Abdusen : Kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak

ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, etika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior.

(g) Nervus 7 Fasialis : Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis)

(h) Nervus 8 Vestibulokoklearis : Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).

(i) Nervus 9 Glosofarinkikus dan nervus 10 Vagus: Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosofarinkikus dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko terjadinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian. Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan, nadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru

(j) Nervus 11 Assesorius : Gangguan pada nervus assesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapeziuz) dan otot leher (otot sterokleidomastoideus). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot trapeziuz dan otot sterokleidomastoideus terganggu.

(k) Nervus 12 Hipoglosus : Kerusakan nervus hipoglosus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglosus pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan membelok ke arah sisi yang sakit saat di julurkan. Saat istirahat lidah membelok ke sisi yang sehat di dalam mulut.

8) Tes Diagnostik

- a) Hasil rontgen kepala dan medulla
- b) *Electro encephalografi*

- c) Lumbal pungsi
- d) *Computerized Tomografi Scanning* (CT-Scan)
- e) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)
- f) Pemeriksaan Laboratorium darah

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

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

1) Gangguan perfusi jaringan serebral (D.0009)

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

Penyebab :

- a) Hiperglikemi
- b) Penurunan konsentrasi haemoglobin
- c) Peningkatan tekanan darah
- d) Kekurangan volume cairan
- e) Penurunan aliran arteri/dan atau vena
- f) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat
- g) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit
- h) Kurang aktivitas fisik

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(Tidak Tersedia)	1) Pengisian kapiler >3 detik 2) Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3) Akral teraba dingin 4) Warna kulit pucat 5) Turgor kulit menurun

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
1) (Parastesia	1) Edema
2) Nyeri ekstermitas	2) Penyembuhan luka lambat
(klaudikasi	3) Indeks <i>ankle-branchial</i> <0,90
intermiten)	4) Bruit femoral

2) Ganggaun mobilitas fisik (D.0054)

Definisi : Keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstermitas 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-75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensori persepsi

Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1) Kekuatan otot menurun 2) Rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan Tanda Miinor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Nyeri saat bergerak	1) Sendi kaku

2) Enggan bergerak	melakukan	2) Gerakan terkoordinasi	tidak
3) Merasa cemas saat bergerak		3) Gerakan terbatas	
		4) Fisik lemah	

3) Gangguan persepsi sensori (D.0085)

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

Penyebab :

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan penghiduan
- d) Gangguan perabaan
- e) Hipoksia serebral
- f) Penyalahgunaan zat
- g) Usia lanjut
- h) Pemajanan toksin lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan	1) Distorsi sensori
2) Merasakan sesuatu melalui indra peraba,	2) Respon tidak sesuai
	3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap,

penciuman,	atau	meraba	atau	mencium
pengecapan		sesuatu		

Gejala dan Tanda Minor

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

4) Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

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

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebral
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan palatum

- f) Hambatan fisik
- g) Hambatan individu
- h) Hambatan psikologis
- i) Hambatan lingkungan

Gangguan dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
<i>(Tidak Tersedia)</i>	1) Tidak mampu berbicara atau mendengar
	2) Menunjukkan respon tidak sesuai

Gangguan dan Tanda Minor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
<i>(Tidak Tersedia)</i>	1) Afasia
	2) Disfasia
	3) Apraksia
	4) Disleksia
	5) Disatria
	6) Afonia
	7) Pelo
	8) Dislalia
	9) Gagap
	10) Tidak ada kontak mata
	11) Sulit memahami komunikasi

-
- 12) Sulit mempertahankan komunikasi
 - 13) Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
 - 14) Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
 - 15) Sulit menyusun kalimat
 - 16) Verbalisasi tidak tepat
 - 17) Sulit mengungkapkan kata-kata
 - 18) Disorientasi orang, ruang, waktu
 - 19) Defisit penglihatan
 - 20) Delusi
-

5) Resiko defisit nutrisi (D.0032)

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

Penyebab :

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)
- f) Faktor psikologis (mis. Stresss, keengganan untuk makan)

6) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

Penyebab :

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

Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>		<i>Objektif</i>	
1) Menolak	melakukan	1) Tidak	mampu
Perawatan Diri		menggunakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri	
		2) Minat	melakukan perawatan diri kurang

Gejala dan Tanda Minor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(Tidak Tersedia)	(Tidak Tersedia)

7) Gangguan eliminasi urine (D.0040)

Definisi : Disfungsi eliminasi urin

Penyebab :

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

Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Desakan berkemih (urgensi)	1) Distensi kandung kemih
2) Urin menetes (dribbling)	2) Berkemih tidak tuntas
3) Sering buang air kecil	(hesitancy)
4) Nokturia	3) Volume residu urin
5) Enuresis	meningkat

Gejala dan Tanda Minor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
<i>(tidak tersedia)</i>	<i>(tidak tersedia)</i>

2.2.3 Intervensi keperawatan

Perencanaan atau intervensi keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Walid, 2019). Menurut Standar Intervensi Indonesia (2013), intervensi dari diagnose CVA diatas adalah : intervensi keperawatan menurut (SIKI 2018):

- 1) **Diagnosa 1** : Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, perdarahan, vasospasme serebral, edema serebral, peningkatan tekanan intrakranial.

Kriteria hasil :

- a) Klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik dan motorik
- b) Tanda – tanda vital stabil, peningkatan TIK tidak ada
- c) Gangguan lebih lanjut tidak terjadi

Tabel 2.2 Intervensi Gangguan Perfusi Jaringan Serebral

Rencana Tindakan	Rasional
Observasi	1) Menentukan perubahan defisit neurologic lebih lanjut
1) Kaji status neurologik setiap jam	2) Tingkat kesadaran merupakan indicator terbaik adanya
2) Kaji tingkat kesadaran	

dengan GCS	perubahan fungsi neurologi
3) Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, Gerakan mata	3) Mengetahui fungsi nervus II dan III
4) Kaji refleks kornea dan refleks gag	4) Menurunnya refleks kornea dan refleks gag indikasi kerusakan pada batang otak
5) Evaluasi keadaan motorik dan sensori pasien	5) Gangguan motorik dan sensori dapat terjadi akibat edema otak
6) Monitor tanda-tanda vital setiap 1 jam	6) Adanya perubahan tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak
Terapeutik	
7) Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur	7) Bradikardia dapat diakibatkan adanya gangguan otak, murmur dapat terjadi pada gangguan jantung
8) Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas.	8) Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali
9) Pertahankan kepala tempat tidur 30-45° dengan posisi leher tidak menekuk/fleksi	9) Memfasilitasi drainasi vena dari otak
10) Monitor kejang dan berikan obat anti kejang	10) Kejang dapat terjadi akibat iritasi sehingga menurunkan keadaan kejang
11) Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas pasien seminimal mungkin	11) Meminimalkan stimulus sehingga menurunkan TIK
12) Pertahankan kepatenan jalan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100%	12) Mempertahankan adekuatnya oksigen, suction dapat meningkatkan TIK
	13) Karbondioksida menimbulkan vasodilatasi, adekuatnya oksigen sangat penting dalam mempertahankan metabolisme otak

sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik	14) Suhu tubuh yang meningkat akan meningkatkan aliran darah ke otak sehingga meningkatkan TIK.
13) Monitor AGD, PaCO ₂ antara 35-45 mmHg dan PaO ₂ > 80 mmHg.	15) Dapat meningkatkan tekanan intrakranial
14) Pertahankan suhu normal	16) Meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah kloting. Kontra indikasi pada stroke hemoragik
Edukasi	a. Mencegah lisis dan perdarahan
15) Anjurkan pasien untuk tidak menekuk lututnya/fleksi, batuk, bersin, feses yang keras atau mencedan	b. Mengurangi hipertensi
Kolaborasi	c. Pengontrol edema serebral
16) Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping	d. Mengontrol kejang
a. Antikoagulan : heparin	e. Mencegah proses mencedan dan menghindari peningkatan tekanan intrakranial
b. Antifibrolitik : Amicar	17) Pasien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut
c. Antihipertensi	
d. Steroid, dexametason	
e. Fenitoin, fenobarbital	
f. Pelunak feses	
17) Bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostic	

2) **Diagnosa 2** : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan, parestesia, paralisis.

Kriteria hasil :

- a) Mempertahankan keutuhan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur, footdrop
- b) Mempertahankan kekuatan/fungsi tubuh secara optimal
- c) Mendemonstrasikan teknik/perilaku melakukan aktivitas
- d) Mempertahankan integritas kulit
- e) Kebutuhan ADL terpenuhi

Tabel 2. 3 Intervensi Gangguan mobilitas fisik

Rencana Tindakan	rasional
Observasi	
1) Kaji kemampuan motorik	1) Mengidentifikasi kekuatan otot, kelemahan motorik
Terapeutik	
2) Bila klien ditempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh	2) Mencegah footdrop, Mencegah kontraktur fleksi bahu Mencegah edema dan kontraktur fleksi pada pergelangan
a. Gunakan papan kaki	
b. Ubah posisi sendi bahu tiap 2-4 jam	3) Daerah yang tertekan mudah sekali terjadi trauma
c. Sanggah tangan dan pergelangan pada keseluruhan alamiah	4) Latihan ROOM meningkatkan massa tonus, kekuatan otot, perbaikan fungsi jantung dan pernapasan
3) Observasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi	5) Membantu mencegah kerusakan kulit
4) Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak	6) Membantu memperlancar sirkulasi darah
5) Lakukan massage pada daerah tertekan	7) Mengembangkan program khusus
Edukasi	8) Membantu memulihkan kekuatan otot dan meningkatkan kontrol
6) Ajarkan pasien untuk melakukan ROOM minimal	

4x sehari bila mungkin	volunter
Kolaborasi	9) Menurunkan tekanan pada tulang
7) Konsultasikan dengan ahli fisioterapi	
8) Kolaborasi stimulasi elektrik	
9) Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur antidekubitus	

3) **Diagnosa 3** : Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, integritas, stress psikologik

Kriteria hasil :

- a) Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi persepsi
- b) Mendemonstrasikan tingkah laku untuk mengkompensasikan kekurangan

Tabel 2.4 Intervensi Gangguan persepsi sensori

Rencana tindakan	Rasional
Observasi	
1) Kaji kemampuan persepsi pasien dan penerimaan sensorik	1) Mengantisipasi defisit dan upaya perawatannya
2) Ciptakan lingkungan yang sederhana dan alat-alat yang berbahaya	2) Menurunkan resiko cedera 3) Menghindari kebingungan
3) Tempatkan barang pada tempat semula	4) Menghindari kesalahan persepsi terhadap realitas
4) Orientasi pasien pada lingkungan, staf dan prosedur tindakan	5) Memenuhi kebutuhan sehari-hari dan mencegah injuri
5) Bantu pasien dalam aktivitas dan mobilitas untuk mencegah injuri	

- 4) **Diagnosa 4** : Gangguan komunikasi verbal/non verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neuromuskuler, kelemahan umum

Kriteria hasil :

- a) Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal
- b) Terhindar dari tanda – tanda frustrasi
- c) Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar
- d) Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain

Tabel 2.5 Intervensi Gangguan komunikasi verbal/non verbal

Rencana Tindakan	Rasional
Observasi	
1) Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan Bahasa dan bicara	1) Mengidentifikasi masalah komunikasi karena gangguan bicara atau gangguan Bahasa
2) Pertahankan kontak mata dengan pasien saat berkomunikasi	2) Pasien dapat memperhatikan ekspresi dan gerakan bibir lawab bicara sehingga dapat mudah menginterpretasi
Terapeutik	
3) Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi : a. Jangan terburu – buru b. Bicara dengan perlahan dan intonasi normal c. Kurang bising lingkungan d. Jangan paksa pasien untuk berkomunikasi	3) Membantu menciptakan komunikasi yang efektif 4) Memudahkan penerimaan pasien 5) Dengan membaiknya bicara percaya diri akan meningkat dan meningkatkan motivasi untuk memperbaiki bicara
Edukasi	
5) Ajarkan Teknik untuk	6) Menunjukkan adanya respon dan rasa empati

memperbaiki bicara :	7) Terhadap gangguan bicara
a. Instruksikan pasien untuk bicara lambat dan dalam kalimat pendek	pasien. Penanganan lebih lanjut dengan Teknik khusus
b. Pada awal pertanyaan “Ya” atau “tidak”	
c. Dorong pasien untuk berbagi perasaan dan keprihatinannya	
6) Berikan respon terhadap perilaku non verbal	
Kolaborasi	
7) Konsul dengan terapis wicara	

- 5) **Diagnosa 5** : Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dan mengunyah

Data pendukung :

- a) Kesadaran pasien menurun (koma)
- b) Refleks menelan dan mengunyah tidak ada
- c) Berat badan tidak seimbang
- d) Hb kurang dari normal
- e) Terlihat anemis
- f) Intake makanan tidak adekuat
- g) Lingkar tangan pasien kurang dari normal
- h) Tonus otot kurang

Kriteria Hasil :

- a) Intake makanan adekuat
- b) Anemis tidak ada

- c) Berat badan ideal
- d) Tanda-tanda vital normal
- e) Hb dan tanda albumin normal
- f) Lingkar pasien normal
- g) Tonus otot normal

Tabel 2.6 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh

Rencana Tindakan	Rasional
Obserasi	
1) Monitor intake makanan pasien	1) Mengetahui keseimbangan nutrisi
2) Observasi sclera, warna kulit	2) Tanda adanya anemia
3) Kaji tanda vital dan bising usus	3) Tekanan darah yang rendah dapat disebabkan kurang nutrisi, bising usus ini menentukan adekuatnya pencernaan makanan
4) Kaji lingkar lengan dan tonus otot	4) Indikator status nutrisi
5) Observasi kedaan NGT	5) Adekuatnya aliran masuk makanana
6) Berikan makanan per NGT dengan Teknik yang benar	6) Mencegah terjadinya aspirasi
7) Berikan makann cair tidak lebih 600 cc sekali pemberian	7) Mencegah muntah dan aspirasi
8) Jaga kebersihan mulut pasien	8) Meningkatkan selera makan
9) Monitor hasil laboratorium seperti glukosa, elektrolit, haemoglobin, albumin, kolaborasi dengan tim medis	9) Mengetahui status nutrisi
10) Kolaborasi dengan medis dalam pemberian transfuse darah sesuai indikasi	10) Pemberian transfuse darah dimungkinkan jika Hb kurang

- 6) **Diagnose 6** : Gangguan perawatan diri ; ADL berhubungan dengan defisit neuromuskuler, menurunnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol otot, gangguan kognitif

Kriteria Hail :

- a) Mendemonstrasikan perubahan dalam merawat diri : mandi, BAK, BAB, berpakaian, makan
- b) Menampilkan aktivitas perawatan secara mandiri

Tabel 2.7 Intervensi Gangguan perawatan diri

Rencana tindakan	Rasional
Observasi	
1) Kaji kemampuan ADL pasien	1) Membantu merencanakan intervensi
Terapeutik	
2) Berikan umpan balik positif atas usaha pasien	2) Meningkatkan harga diri pasien
3) Pertahankan dukungan, sikap tegas, beri cukup waktu untuk menyelesaikan tugas pada pasien	3) Perawat konsisten dalam membri asuhan keperawatan
4) Bantu klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL pasien jika pasien tidan mampu	4) Memenuhi kebutuhan ADL dan melatih kemandirian
Edukasi	5) Menumbuhkan kemandirian dalam perawatan
5) Anjurkan pasien untuk melakukan sendiri perawatan dirinya jika mampu	6) Mengembangkan rencana terapi
Kolaborasi	
6) Kolaborasi hasil fisioterapi	

- 7) **Diagnose 7** : Gangguan eliminai urine : Inkontinensia fungsional berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi, kognitif, kerusakan komunikasi

Kriteria Hasil :

- a) Pola BAK normal
- b) Pasien dapat berkomunikasi sebelum BAK
- c) Kulit bersih dan kering
- d) Terhindar dari infeksi saluran kemih

Tabel 2.8 Intervensi Gangguan Eliminasi Urin

Rencana Tindakan	Rasional
Observasi	
1) Kaji kembali tipe inkontinensia dan polanya	1) Menentukan rencana lebih lanjut
Terapeutik	2) Melatih BAK lebih lanjut
2) Buat jadwal untuk BAK	3) Obstruksi saluran kemih
3) Palpasi bladder terhadap adanya distensi	4) Mencegah batu saluran kemih
4) Berikan minum yang cukup 1500-2000 ml jika tidak ada kontraindikasi	5) Menghindari terjadinya infeksi
5) Lakukan perawatan kateter setiap hari	6) Mengetahui secara dini infeksi saluran kemih
6) Monitor hasil urinalisa dan karakteristik urin	7) Memberikan rasa nyaman
7) Jaga privasi pasien saat BAK	8) Menghindari BAK saat teratur
8) Hindari pasien minum sebelum tidur	

2.2.4 Implementasi keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi

respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan menilai data yang baru (Walid, 2019).

Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2 (Rofifah, 2019), yaitu :

1) Tindakan Keperawatan Mandiri

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

2) Tindakan Keperawatan Kolaboratif

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

2.2.5 Evaluasi

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-tahapn 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 dicitum, diraba, 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.