

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep CVA ( *Cerebro Vaskuler Accident* )**

##### **2.1.1 Definisi CVA**

*Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* atau biasa disebut dengan CVA merupakan suatu kondisi kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak. Suatu sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif dan cepat, berupa deficit neurologis fokal atau global yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menimbulkan kematian (Artini, 2021).

CVA menurut *World Health Organization (WHO)* adalah tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global, dengan gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain selain vaskuler (Novida Rizky Wardhani, 2014).

CVA adalah kumpulan gejala klinis berupa gangguan dalam sirkulasi darah kebagian otak yang menyebabkan gangguan perfusi baik lokal atau global yang terjadi secara mendadak, progresif dan cepat yang umumnya menyebabkan hemiparasis pada penderita CVA (Hendri Heriyanto, 2015).

##### **2.1.2 Klasifikasi**

Klasifikasi CVA menurut (Hariyanto, 2015) dibagi menjadi 2 yaitu :

- 1) CVA ditinjau berdasarkan patologi dan gejala klinik

a) *CVA Hemoragik*

Pecahnya pembuluh darah otak pada subaraknoid dan intraserebral, yang pada umumnya serangan lebih banyak terjadi ketika aktivitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi pada saat istirahat dan biasanya disertai dengan kesadaran pasien yang menurun.

b) *CVA Non-Hemoragik*

CVA yang dapat disebabkan obstruksi total atau sebagian karena iskemik, thrombosis, emboli, atau penyempitan lumen arteri.

(1) Pada *CVA Infark* (iskemik) terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau baru bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan tetapi timbul edema sekunder.

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

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

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

## 2) CVA berdasarkan perjalanan penyakit

### a) TIA (*Transien Iskemik Attack*)

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

### b) CVA Involusi

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

### c) CVA Komplet

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

## 2.1.3 Etiologi

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

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

a) Jenis kelamin : Pria lebih sering ditemukan menderita CVA bandingkan wanita.

b) Usia : makin tinggi usia makin tinggi pula resiko terkena CVA karena berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah.

c) Keturunan : adanya riwayat keluarga yang terkena CVA.

2) Faktor yang dapat dirubah (*Reversible*)

- a) Hipertensi
- b) Penyakit jantung
- c) Kolesterol tinggi
- d) Obesitas
- e) Diabetes Melitus
- f) Polisitemia
- g) Stress emosional

3) Kebiasaan hidup

- a) Merokok
- b) Peminum alcohol
- c) Obat-obatan terlarang
- d) Aktivitas yang tidak sehat : kurang olahraga, makanan yang berkolesterol.

Etiologi berdasarkan klasifikasi CVA ada 2 yaitu :

1) Etiologi CVA Hemoragik

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

2) Etiologi CVA *Infark* (Iskemik)

Menurut Oktavianus (2014) etiologi dari CVA *Infark* (iskemik) atau CVA non hemoragik ada 3 yaitu timbulnya Thrombosis, imbulnya Emboli dan akibat kerusakan arteri.

Penjelasan etiologi tersebut yaitu sebagai berikut :

a) Timbulnya Thrombosis

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

b) Timbulnya Emboli

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

c) Akibat kerusakan arteri yaitu : Usia, Hipertensi, DM Pembuluh darah mengalami degeratif seiring bertambahnya usia seseorang. Hipertensi dan DM menyebabkan dinding pembuluh darah mengalami pengerasan sehingga tidak elastis lagi ketika harus berkompensasi terhadap perubahan tekanan darah.

#### **2.1.4 Manifestasi Klinis**

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

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

Kelumpuhan ini terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik

di korteks bagian frontal yang bersifat kontralateral, artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka terjadikelumpuhan otot sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangankontrol otot vulenter dan sensorik sehingga tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.

Gangguan ini terjadi akibat adanya kerusakan pada 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 metabolic otak akibat hipoksia.

4) Afasia ( kesulitan dalam bicara )

Afasia terjadi jika ada kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada CVA dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri. Afasiaterbagi menjadi 3, yaitu :

a) Afasia Motorik atau ekspresif

Afasia ini terjadi karena kerusakan pada area *Broca* yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara.

b) Afasia Sensorik

Afasia ini terjadi karena kerusakan area *Wernicke*, yang terletak

pada lobus temporal. Pada afasia jenis ini pasien tidak dapat menerima stimulasi pendengaran, tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan, sehingga respon bicara tidak nyambung (koheren)

#### c) Afasia Global

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) Disatria ( bicara cedal atau pelo )

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Tetapi pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disatria terjadi karena adanya kerusakan pada nervus cranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring sehingga pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

#### 6) Gangguan penglihatan, diplopia

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

7) Disfagia

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

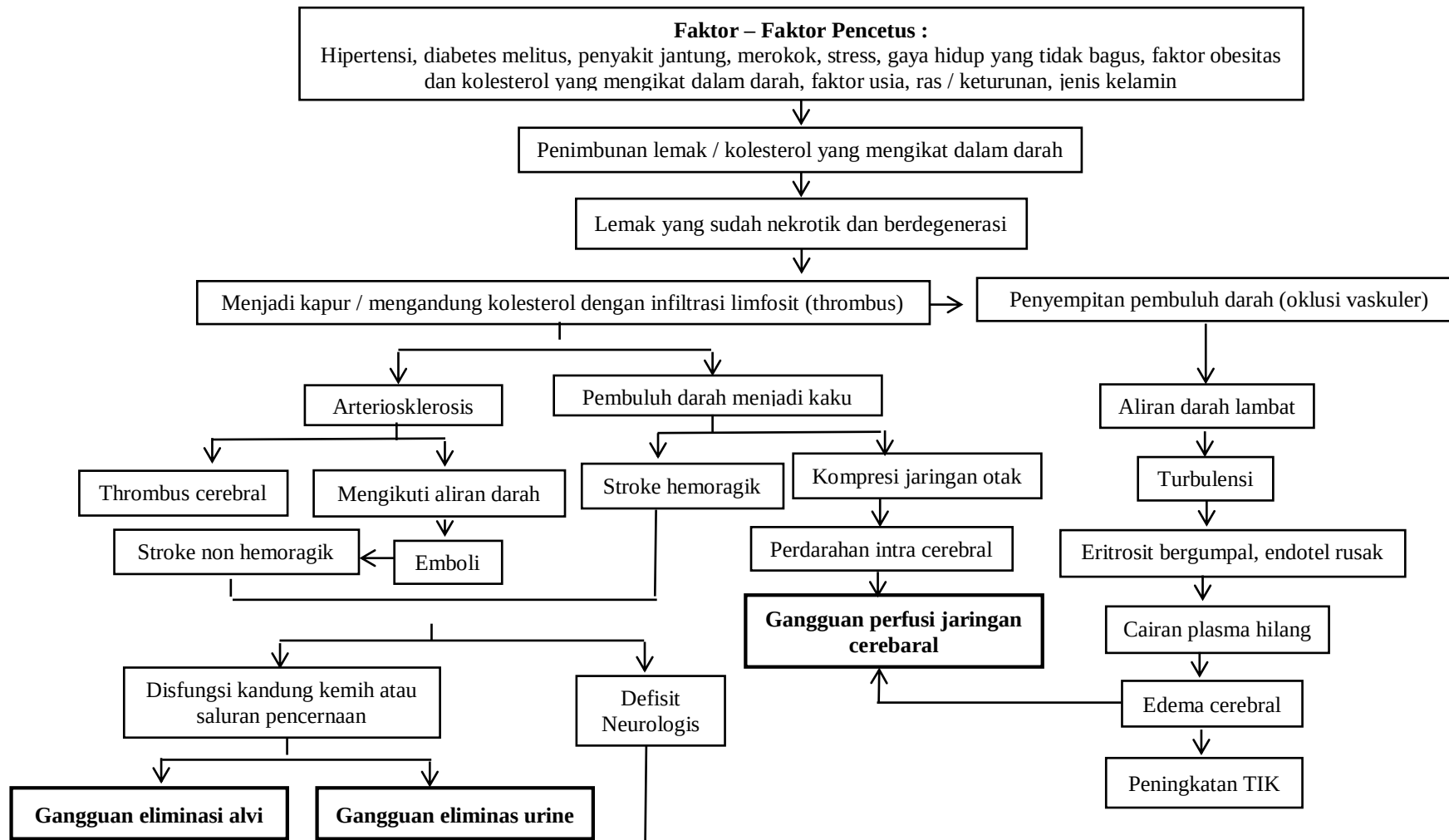
8) Inkontinensia

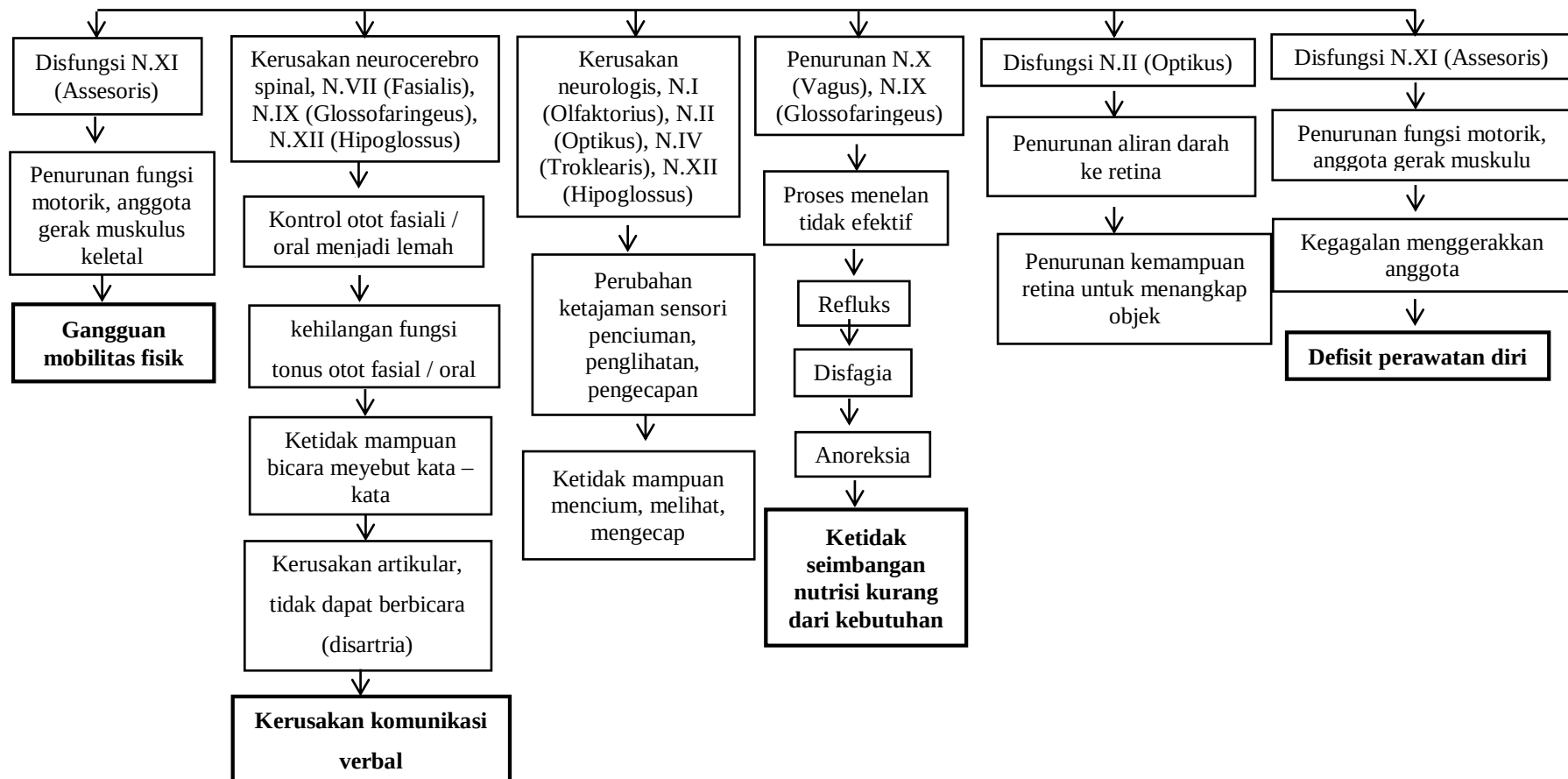
Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel

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

## 2.1.5 Patofisiologi

### 1) Skema





Gambar 2.1 Skema Patofisiologi (Kusuma N. &., 2015)

## 2) Uraian Patofisiologi (Kusuma N. &, 2015)

Faktor – faktor pencetus terjadinya stroke meliputi trombosis serebri, embolisme serebral, iskemia, hemoragik serebral, hipertensi, penyakit jantung, kegemukan atau obesitas, merokok, riwayat keluarga dengan stroke, faktor usia, faktor jenis kelamin, kadar kolesterol darah, dan kadar gula darah akan menimbulkan penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah jika dibiarkan saja lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi maka akan menjadi kapur/mengandung kolesterol dengan infiltrasi limfosit (trombus) atau pembekuan darah yang akan mengakibatkan arteriosklerosis, pembuluh darah menjadi kaku, dan penyempitan pembuluh darah (oklusi vaskuler). Selanjutnya pada arteriosklerosis akan menyebabkan trombus cerebral dan akan terjadi masalah stroke non hemoragik, arteriosclerosis akan mengikuti aliran darah yang menyebabkan emboli atau suatu kondisi dimana aliran darah terhambat oleh benda asing seperti pembekuan darah atau terdapat udara, yang bisa menyebabkan terjadinya masalah non hemoragik. Selain arteriosclerosis akan mengakibatkan pembuluh darah menjadi kaku jika hal tersebut terus – menerus terhambat maka pembuluh darah menjadi pecah dan akan terjadi pertama stroke hemoragik atau perdarahan pada pembuluh darah dan yang kedua mengalami kompresi jaringan otak akibatnya terjadi herniasi pada otak maka akan terjadi pendarahan intra cerebral dan muncul masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan cerebral. Pada

stroke hemoragik dan stroke non hemoragik akan mengakibatkan disfungsi kandung kemih atau saluran pencernaan dan defisit neurologis. Pada disfungsi kandung kemih dan saluran pencernaan muncul masalah keperawatan gangguan eliminasi alvi dan gangguan eliminasi urine. Selanjutnya pada penyempitan pembuluh darah (okulasi vaskuler) akan mengakibatkan aliran darah menjadi lambat sehingga dapat terjadi turbulensi atau darah mengalir dengan tidak semestinya dampaknya adalah eritrosit menggumpal yaitu sel darah merah yang membawa oksigen ke dalam sel – sel tubuh dan karbondioksida keluar dari sel – sel tubuh menggumpal maka sel – sel endotel menjadi rusak dan cairan plasma darah hilang sehingga akan timbul edema cerebral dan terjadi peningkatan TIK akan muncul masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan cerebral. Pada defisit neurologis akan mengalami disfungsi N.XI (nervus assesorius) dan terjadi penurunan fungsi motoric anggota gerak musculoskeletal mengakibatkan kelemahan pada satu atau ke empat anggota gerak dan muncul masalah keperawatan kerusakan mobilitas fisik. Selanjutnya kerusakan neurocerebrospinal N.VII (nervus fasialis), N. IX (nervus glossofaringeus), N.XII (nervus hipoglasus) dan terjadi kontrol otot atau oral menjadi lemah selanjutnya kehilangan fungsi tonus otot fasial atau oral dan mengakibatkan ketidak mampuan bicara menyebut kata – kata selanjutnya mengalami kerusakan articular, tidak dapat berbicara (disartia) dan muncul masalah keperawatan

kerusakan komunikasi verbal. Selanjutnya setelah itu terjadi kerusakan neurologis, defisit N.I (nervus olfaktorius), N. II (nervus optikus), N.IV (nervus troklearis), N.XII (nervus hipoglossus) dan akan mengalami perubahan ketajaman sensori penciuman, penglihatan, dan pengecapan akan mengakibatkan ketidakmampuan mencium, melihat, serta mengecap. Selanjutnya terjadi penurunan fungsi N.X (nervus vagus), N.IX (nervus glossofaringeus) akan mengalami proses menelan tidak aktif dan terjadi refluks yaitu gangguan dimana asam di lambung terdorong ke kerongkongan, karena katup yang memisahkan perut dan kerongkongan tidak berfungsi dengan baik maka muncul masalah keperawatan resiko kerusakan menelan, dan selanjutnya akan timbul masalah disfagia atau kesulitan dalam menelan dan juga mengalami anoreksia yang akan muncul masalah keperawatan gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan, selanjutnya disfungsi N.II (nervus optikus) maka akan mengalami penurunan aliran darah ke retina untuk menangkap objek atau bayangan menurun dan juga efeknya juga bisa mengalami kebutaan dalam perubahan ketajaman penglihatan terganggu, selanjutnya disfungsi N.XI (nervus assessorius) maka akan mengalami fungsi motoric, anggota gerak mukuloskeletal dan mengakibatkan kegagalan menggerakkan anggota tubuh maka muncul masalah keperawatan defisit perawatan diri.

### 2.1.6 Komplikasi

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya cedera, embolisme (Sudoyo, 2016). Menurut (Sriwidyastuti, 2020) stroke dapat mengakibatkan cacat sementara atau permanen, tergantung dari berapa lama otak kekurangan aliran darah dan daerah yang terserang. Komplikasi yang sering terjadi adalah :

- 1) Kelumpuhan atau kehilangan gerakan otot. Klien dapat mengalami kelumpuhan di satu sisi tubuh atau kehilangan kendali atas otot tertentu.
- 2) Kesulitan menelan atau berbicara. Stroke dapat mempengaruhi otot-otot pada mulut dan tenggorokan sehingga sulit bagi klien untuk dapat berbicara dengan jelas (Disatria), menelan (Disfagia), atau makan. Klien mungkin juga akan mengalami kesulitan dengan bahasa (Afasia), termasuk berbicara, membaca, atau menulis.
- 3) Kehilangan memori atau kesulitan untuk berpikir. Banyak klien yang terserang stroke juga mengalami hilang ingatan, selain itu klien juga dapat mengalami kesulitan dalam berpikir, membuat penilaian dan memahami konsep.
- 4) Masalah emosional.
- 5) Rasa sakit, nyeri, mati rasa atau sensasi aneh yang dapat terjadi pada bagian tubuh yang terkena stroke.
- 6) Peningkatan TIK.

- 7) Atelektasis.
- 8) Kontraktur.
- 9) Disritmia jantung.
- 10) Malnutrisi.
- 11) Gagal napas.
- 12) Dekubitus.

#### **2.1.7 Deteksi Dini Stroke di Masyarakat**

Stroke merupakan kedaruratan neurologis yang membutuhkan penanganan segera. Kematian dan kecacatan yang disebabkan oleh stroke hingga saat ini masih menjadi prevalensi tertinggi di Indonesia dan penyebab kematian kedua di dunia. FAST merupakan metode yang sangat sederhana dan mudah dipahami dalam deteksi dini stroke. FAST mendeteksi stroke melalui tiga tanda dan gejala yaitu perubahan kesimetrisan wajah, kekuatan ekstremitas, dan kemampuan berbicara. Tujuan dari pengabdian kegiatan masyarakat ini adalah untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang metode FAST sebagai deteksi dini stroke. Kegiatan ini dilakukan dalam bentuk pemberian edukasi melalui metode ceramah, leaflet, dan demonstrasi FAST. Sasaran kegiatan ini adalah masyarakat berusia di atas 35 tahun.

#### **2.1.8 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan Penunjang CVA menurut (Hariyanto, 2015) 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 CVA, obstruksi arteri, menunjukkan titik oklusi atau repture.
- 5) ECG (*Elektro Kardiogram*) : mengetahui kelainan jantung yang menjadi penyebab CVA.
- 6) Pemeriksaan darah lengkap : Hb, Leukosit, Trombosit, *LED*, dan eritrosit.
- 7) Pemeriksaan darah sewaktu
- 8) Kolesterol, lipid
- 9) Asam urat, elektrolit.

### **2.1.8 Penatalaksanaan**

Menurut (Setyopranoto, 2016) penatalaksanaan pada pasien CVA

Non Hemoragic adalah sebagai berikut :

- 1) Penatalaksanaan umum
  - a) Fase akut (Golden Period selama 3 jam)
    - (1) Letakkan kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
    - (2) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan

intubasi.

- (3) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya; jika kandung kemih penuh, dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).
- (4) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, CVA berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonik. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastriktube.
- (5) Pantau juga kadar gula darah  $>150\text{mg\%}$  harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu  $150\text{ mg\%}$  dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.
- (6) Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistol  $>220\text{ mmHg}$ , diastol  $>120\text{ mmHg}$ , Mean Arteri Blood Pressure (MAP)  $>130\text{ mmHg}$  (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.
- (7) Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan yaitu natrium nitroprusid, penyekat

reseptor alfabeta, penyekat ACE, atau antagonis kalsium.

- (8) Jika terjadi hipotensi, yaitu tekanan sistol <90 mmHg, diastol <70 mmHg, diberikan NaCL 0.9% 250 ml selama 1 jam, dilanjutkan 500 ml selama 4 jam dan 500 ml selama 8 jam atau sampai tekanan hipotensi dapat teratasi. Jika belum teratasi, dapat diberikan dopamine 2-2µg/kg/menit sampai tekanan darah sistolik 110 mmHg.
- (9) Jika kejang, diberikan diazepam 5-20mg iv pelan-pelan selama 3 menit maksimal 100mg/hari; dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral (fenitoin, karbamazepin). Jika kejang muncul setelah 2 minggu, diberikan antikonvulsan peroral jangka panjang.
- (10) Didapat tekanan intrakranial meningkat, diberikan manitol bolus intravena 0,25-1 g/ kgBB per 30 menit dan jika dicurigai fenomena rebound atau keadaan umum memburuk, dilanjutkan 0,25g/kgBB per 30 menit setelah 6 jam selama 3-5 hari.

b) Fase rehabilitasi

- (1) Pertahankan nutrisi yang adekuat
- (2) Progam 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 CVA
- (1) Terapi fisik, terapi fisik dapat 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 stabilitas pasien.
  - (2) Okupasional terapi, pasien dengan CVA 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 terapi sangat dibutuhkan untuk menggali potensi pasien dan melatih kerja sesuai dengan kondisi pasien.
  - (3) Speech terapi, kesulitan dalam berkomunikasi akan menimbulkan isolasi diri dan perasaan frustrasi. Pasien dengan CVA dapat mengalami gangguan bicara, baik disartria maupun apasia 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 CVA :

(a) CVA iskemia

1. Pemberian trombolisis dengan *rt-PA* (*recombinant tissue plasminogen*)
2. Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi

(b) CVA haemoragik

1. Antihipertensi : kaptopril dan antagonis kalsium
2. Diuretik : manitol 20% dan furosemide
3. Antikonvulsan : fenitoin

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA *Infark*

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, I.J, 2021).

#### **1) Identitas klien**

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).

#### **2) Keluhan utama**

Keluhan utama merupakan gejala yang paling serius dirasakan klien sehingga dibawa ke rumah sakit. Keluhan utama biasanya terjadi gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah, bicara pelo, selit berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik kejang, dan gangguan kesadaran (Tarwoto, 2013).

### 3) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang Serangan CVA biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak lain (Tarwoto, 2013).

### 4) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu Adanya riwayat hipertensi, riwayat CVA sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan , aspirin, vasodilator, obat-obatan adiktif, dan kegemukan. (Tarwoto, 2013).

### 5) Riwayat penyakit keluarga

Riwayat kesehatan penyakit keluarag berfungsi untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, adanya riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus, dan penyakit yang menular akibat kontak langsung maupun tak langsung antar anggota. Genogram pada umumnya dituliskan dalam tiga generasi sesuai kebutuhan (Hendi, 2013).

### 6) 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. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

#### 7) Pola Nutrisi

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut (Doengoes, 2000).

#### 8) Pola eliminasi

Pada klien dengan stroke didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontensia urin dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus (Muttaqin, 2008).

#### 9) Pola Aktivitas dan latihan.

Aktivitas yang dilakukan klien sebelum sakit sampai saat sakit mulai dari bangun tidur samapai tidur kembali termasuk penggunaan waktu senggang. Adanya kesukaran untung beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise / hemiplegi, mudah lelah (Doengoes, 2000).

#### 10) Pola tidur dan istirahat

Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot (Doengoes, 2000).

#### 11) Pola hubungan dan peran

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

#### 12) Pola persepsi dan konsep diri

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

#### 13) 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 prosesberpikir (Doenges & Marilynn, 2000).

#### 14) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum : Biasanya klien CVA mengalami badan lemaah (letarge), nyeri kepala (cheplgia) , penurunan kesadaran (apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma). Terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30 mmHg), peningkatan suhu ( $>37^{\circ}\text{C}$ ), nadi takikardi,pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Tarwoto, 2013).

b) Tanda-tanda vital : tekanan darah meningkat, denyut nadi tidak beraturan

c) Pemeriksaan integumen :

(1) Kulit : jika kekurangan oksigen kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek.

Disamping itu perlu dikaji tanda-tanda dehidrasi.

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

(3) Rambut : umumnya tidak ada kelainan

d) Kepala :

Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peningkatan tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai, kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hematom atau riwayat operasi.

e) Muka :

Umumnya pada muka tidak simetris (ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis) (Tarwoto, 2013)..

f) Mata :

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

g) Hidung:

Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung

(Muttaqin,2008)

h) Telinga :

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

i) Mulut:

Adanya gangguan pengecap (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).

j) Dada/Thorak

(1) Paru-paru

Bentuk thoraks biasanya normal atau adalah kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung), pemeriksaan dada frekuensi pernapasan, biasanya bunyi normal (sonor) 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 (Tarwoto,2013)

(2) Pemeriksaan jantung

Suara jantung pada pasien biasanya normal (pekak). Biasanya ictus cordis teraba, 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. (Tarwoto, 2013)

k) 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).

l) Genetalia :

Terkadang klien mengalami inkontensia atau retensi urin (Tarwoto, 2013).

m) Ekstremitas :

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

n) Saraf kranial (Muttaqin, 2008).

- (1) Saraf Kranial 1 Olfaktorius: Biasanya pada klien CVA tidak ada kelainan pada fungsi penciuman
- (2) Saraf Kranial 2 Optikus: Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang.
- (3) Nervus 3 Okulomotorius: Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar.
- (4) Nervus 4 Troklearis: Kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.
- (5) Nervus 5 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.
- (6) 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.

- (7) Nervus 7 Fasialis: Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis).
- (8) Nervus 8 Auditorius: Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).
- (9) Nervus 9 Glosfaringikus dan nervus 10 Vagus: Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosfaringius 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 paruparu.
- (10) 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 trapezius dan otot sternokleidomastoideus terganggu.

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

### **2.2.2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis 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 dengan CVA menurut (Tarwoto, 2013) :

1. Resiko gangguan perfusi jaringan cerebral (D.0017).

Faktor Resiko

- a) Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin parsial
- b) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- c) Aterosklerosis aorta
- d) Diseksi arteri
- e) Fibrilasi atrium
- f) Tumor otak
- g) Stenosis karotis
- h) Miksoma atrium
- i) Aneurisma serebri
- j) Koagulasi (mis. Anemia sel sabit)
- k) Dilatasi kardiomiopati
- l) Koagulasi intravaskuler diseminata
- m) Embolisme
- n) Cedera kepala
- o) Hiperkolesteronemia
- p) Hipertensi
- q) Endokarditis infeksi
- r) Katup prostetik mekanis
- s) Stenosis mitral
- t) Neoplasma otak
- u) Infark miokard akut

- v) Sindrom *sick sinus*
- w) Penyalahgunaan zat
- x) Terapi tombolitik
- y) Efek samping tindakan (mis. Tindakan operasi *bypass*)

2. Gangguan mobilitas fisik (D.0054).

Penyebab:

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

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

Data Subyektif:

Pasien tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.1 (Gejala dan tanda Mayor)

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

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.2 (Gejala dan Tanda Minor)

| <i>Subjektif</i>               |  | <i>Objektif</i>                |  |
|--------------------------------|--|--------------------------------|--|
| 1) Nyeri saat bergerak         |  | 1) Sendi kaku                  |  |
| 2) Enggan melakukan pergerakan |  | 2) Gerakan tidak terkoordinasi |  |
| 3) Merasa cemas saat bergerak  |  | 3) Gerakan terbatas            |  |
|                                |  | 4) Fisik lemah                 |  |

### 3. Gangguan persepsi sensori (D.0085)

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

Tab 2.3 (Gejala dan Tanda Mayor)

| <i>Subjektif</i>                                                         | <i>Objektif</i>                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan                         | 1) Distorsi sensori                                                          |
| 2) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pengecapan | 2) Respon tidak sesuai                                                       |
|                                                                          | 3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu |

#### Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.4 (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) Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebal
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan palatum
- f) Hambatan fisik

- g) Hambatan individu
- h) Hambatan psikologis
- i) Hambatan lingkungan Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.5 (Gejala dan Tanda Mayor)

| <i>Subjektif</i> | <i>Objektif</i>                                                               |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| (tidak tersedia) | 1) Tidak mampu berbicara atau mendengar<br>2) Menunjukkan respon tidak sesuai |

## Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.6 (Gejala dan Tanda Minor)

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

## 5. Resiko gangguan nutrisi (D.0032) Penyebab :

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

## 6. Defisit perawatan diri (D.0109) Penyebab :

- a) Gangguan muskuloskeletal

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

#### Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.7 (Gejala dan Tanda Mayor)

| <i>Subjektif</i>                    | <i>Objektif</i>                                                                                                            |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Menolak melakukan perawatan diri | 1) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri<br>2) Minat melakukan perawatan diri kurang |

#### Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.8 (Gejala dan Tanda Minor)

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

### 7. Gangguan eliminasi urine (D.0040)

#### Penyebab :

- a) Penurunan kapasitas kandung kemih
- b) Iritasi kandung kemih
- c) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
- d) Efek tindakan medis dan diagnostic
- e) Kelemahan otot pelvis
- f) Ketidakmampuan mengakses toilet

- g) Hambatan linkungan
- h) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- i) Outlet kandung kemih tidak lengkap
- j) Imaturitas

#### Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.9 (Gejala dan Tanda Mayor)

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

#### Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.10 (Gejala dan Tanda Minor)

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

### 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 diagnosa CVA diatas adalah : Intervensi keperawatan menurut (Tarwoto, 2013) :

**Diagnosa 1 :** Resiko gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, perdarahan,

vasospasme serebral, edema serebral, peningkatan tekanan intrakranial.

Kriteria hasil :

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

Tabel 2.11 (tabel rencana tindakan)

| Rencana Tindakan                                                                                                                                                                                                                   | Rasional                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Kaji status neurologik setiap jam.                                                                                                                                                                                              | 1. Menentukan perubahan defisit neurologik lebih lanjut.                                                                                                                                                             |
| 2. Kaji tingkat kesadaran dengan GCS.                                                                                                                                                                                              | 2. Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi.                                                                                                                                         |
| 3. Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata.                                                                                                                                                                       | 3. Mengetahui fungsi N.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 vital setiap 1 jam.                                                                                                                                                                                               | 6. Adanya perubahan tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak.                                                                                                                            |
| 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. Anjurkan pasien untuk tidak menekuk lututnya/fleksi, batuk, bersin, feses yang keras atau mencedakan.                                                                                                                          | 10. Dapat meningkatkan tekanan intrakranial.                                                                                                                                                                         |
| 11. Pertahankan suhu normal.                                                                                                                                                                                                       | 11. Suhu tubuh yang meningkat akan meningkatkan aliran darah ke otak sehingga meningkatkan TIK.                                                                                                                      |
| 12. Monitor kejang dan berikan obat anti kejang.                                                                                                                                                                                   | 12. Kejang dapat terjadi akibat iritasi serebral dan keadaan kejang.                                                                                                                                                 |
| 13. Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas pasien seminimal mungkin.                                                                                                                                                          | 13. Meminimalkan stimulus sehingga menurunkan TIK.                                                                                                                                                                   |
| 14. Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik.                                                                                             | 14. Mempertahankan adekuatnya oksigen, suction dapat meningkatkan TIK.                                                                                                                                               |
| 15. Monitor AGD, PaCO <sub>2</sub> antara 35-45 mmHg dan PaO <sub>2</sub> >80 mmHg.                                                                                                                                                | 15. Karbondioksida menimbulkan vasodilatasi, adekuatnya oksigen sangat penting dalam mempertahankan metabolisme otak.                                                                                                |
| 16. Berikan obat sesuai program dsan monitor efek samping. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antikoagulan : Heparin</li> <li>• Antifibrolitik : Amicar</li> <li>• Antihipertensi</li> <li>• Steroid, dexametason</li> </ul> | 16. Meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah kloting. Kontraindikasi pada CVA hemoragik. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mencegah lisis dan perdarahan</li> <li>• Menanggulangi hipertensi</li> </ul> |

---

|                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fenitoin, fenobarbital</li> <li>• Pelunak feses</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengontrol edema serebral</li> <li>• Mengontrol kejang</li> <li>• Mencegah proses mengedan dan menghindari peningkatan tekanan intrakranial.</li> </ul> |
| 17. Bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostik.                                                      | tentukan tindakan lebih lanjut.                                                                                                                                                                  |

---

**Diagnosa 2 :** Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan

neuromuskuler, kelemahan, pasrestesia, 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 2.12 (tabel rencana tindakan)

| Rencana Tindakan                                                                             | Rasional                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Kaji kemampuan motorik.                                                                   | 1. Mengidentifikasi kekuatan otot, kelemahan motorik.                                                               |
| 2. Ajarkan pasien untuk melakukan ROM minimal 4× sehari bila mungkin.                        | 2. Latihan ROM meningkatkan massa tonus, kekuatan otot, perbaikan fungsi jantung dan pernapasan.                    |
| 3. Bila klien ditempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh.                | 3. Mencegah footdrop.<br>Mencegah kontraktur fleksi bahu.<br>Mencegah edema dan kontraktur fleksi pada pergelangan. |
| a. Gunakan papan kaki                                                                        |                                                                                                                     |
| b. Ubah posisi sendi bahu tiap 2-4 jam                                                       |                                                                                                                     |
| c. Sanggah tangan dan pergelangan pada kelurusan alamiah                                     |                                                                                                                     |
| 4. Observasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi. | 4. Daerah yang tertekan mudah sekali terjadi trauma.                                                                |
| 5. Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak.                        | 5. Membantu mencegah kerusakan kulit.                                                                               |
| 6. Lakukan masase pada daerah tertekan.                                                      | 6. Membantu memperlancar sirkulasi darah.                                                                           |
| 7. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi.                                                    | 7. Mengembangkan program khusus.                                                                                    |
| 8. Kolaborasi stimulasi elektrik.                                                            | 8. Membantu memulihkan kekuatan otot dan meningkatkan kontrol volunter.                                             |
| 9. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur antidekubitus.                                   | 9. Menurunkan tekanan pada tulang.                                                                                  |

### Diagnosa 3 : Gangguan persepsi berhubungan dengan gangguan

penerimaan sensori, transmisi, integrasi, stress

psikologik. Kriteria hasil :

a. Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi

persepsi

b. Mendemonstrasikan tingkah laku untuk

mengkompensasikan kekurangan

Tabel 2.13 (tabel rencana tindakan)

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

**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. ampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar.
- d. Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain.

Tabel 2.14 (tabel rencana tindakan)

| Rencana Tindakan                                                                                                                                                                                                                                                | Rasional                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 lawan bicara sehingga dapat mudah menginterpretasi.                      |
| 3. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi :<br>a. Jangan terburu-buru<br>b. Bicara dengan perlahan dan intonasi normal<br>c. Kurangi bising lingkungan<br>d. Jangan paksa pasien untuk berkomunikasi                                                        | 3. Membantu menciptakan komunikasi yang efektif.<br>4. Memudahkan penerimaan pasien.                                              |
| 4. Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh.                                                                                                                                                                                         | 5. Dengan membaiknya bicara percaya diri akan meningkat dan meningkatkan motivasi untuk memperbaiki bicara.                       |
| 5. Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara :<br>▪ Instruksikan pasien untuk bicara lambat dan dalam kalimat pendek.<br>▪ Pada awal pertanyaan gunakan pertanyaan dengan jawaban “Ya” atau “Tidak”<br>▪ Dorong pasien untuk berbagi perasaan dan keprihatinannya | 6. Menunjukkan adanya respon dan rasa empati terhadap gangguan bicara pasien.<br>7. Penanganan lebih lanjut dengan teknik khusus. |
| 6. Berikan respon terhadap perilaku non verbal.                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| 7. Konsul dengan terapis wicara.                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                   |

### 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 vital normal
- e. Hb dan albumin normal
- f. Lingkar lengan pasien normal
- g. Tonus otot meningkat

Tabel 2.15 (tabel rencana tindakan)

| Rencana Tindakan                                                                                             | Rasional                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Monitor intake makanan pasien                                                                             | 1. Mengetahui keseimbangan nutrisi                                                                                     |
| 2. Observasi keadaan NGT                                                                                     | 2. Aduatnya aliran masuk makanan                                                                                       |
| 3. Berikan makanan per NGT dengan teknik yang benar                                                          | 3. Mencegah terjadinya aspirasi                                                                                        |
| 4. Berikan makanan cair tidak lebih 600 cc sekali pemberian                                                  | 4. Mencegah muntah dan aspirasi                                                                                        |
| 5. Observasi sclera, warna kulit                                                                             | 5. Tanda adanya anemia                                                                                                 |
| 6. Jaga kebersihan mulut pasien                                                                              | 6. Meningkatkan selera makanan                                                                                         |
| 7. Kaji tanda vital dan bising usus                                                                          | 7. Tekanan darah yang rendah dapat disebabkan kurang nutrisi, bising usus ini menentukan adekuatnya pencernaan makanan |
| 8. Kaji lingkar lengan dan tonus otot                                                                        | 8. Indikator status nutrisi                                                                                            |
| 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                                                              |

**Diagnosa 6 :** Gangguan perawatan diri : ADL berhubungan dengan

defisit neuromuskuler, menurunnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol otot, gangguan kognitif.

Kriteria hasil :

- a. Mendemonstrasikan perubahan dalam merawat diri :  
mandi, BAB, BAK, berpakaian, makan

## b. Menampilkan aktivitas perawatan secara mandiri

Tabel 2.16 (tabel rencana tindakan)

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

**Diagnosa 7 : Gangguan eliminasi urine : inkontinensia fungsional**

sehubungan 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 2.17 (tabel rencana tindakan)

| Rencana Tindakan                                                       | Rasional                                             |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1. Kaji kembali tipe inkontinensia dan polanya                         | 1. Menentukan rencana lebih lanjut                   |
| 2. Buatlah jadwal untuk BAK                                            | 2. Melatih BAK secara teratur                        |
| 3. Palpasi bladder terhadap adanya distensi                            | 3. Obstruksi saluran kemih kemungkinan dapat terjadi |
| 4. Berikan minum yang cukup 1500-2000 ml jika tidak ada kontraindikasi | 4. Mencegah batu saluran kemih                       |
| 5. Lakukan perawatan kateter setiap hari                               | 5. Menghindari terjadinya infeksi                    |
| 6. Monitor hasil urinalisa dan karakteristik urin                      | 6. Mengetahui secara dini infeksi saluran kemih      |
| 7. Jaga privasi pasien saat BAK                                        | 7. Memberikan rasa nyaman                            |
| 8. Hindari pasien minum sebelum tidur                                  | 8. Menghindari BAK saat 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-tahapan proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP, yaitu

- 1) S (*Subyektif*) : yaitu keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan(apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien)
- 2) O (*Obyektif*) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, 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.