

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*)

2.1.1 Definisi

CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) merupakan hilangnya fungsi otak secara mendadak akibat dari gangguan suplai darah ke bagian otak (Brunner & Suddarth, 2015).

Menurut WHO (1983) CVA merupakan suatu sindrom klinis dengan gejala gangguan fungsi otak secara fokal dan global yang berlangsung 24 jam atau lebih dan dapat mengakibatkan kematian atau kecacatan yang menetap lebih dari 24 jam tanpa penyebab lain kecuali gangguan pembuluh darah otak (Tarwoto, 2013).

Penghambatan aliran oksigen ke sel-sel otak selama 3 atau 4 menit saja sudah mulai menyebabkan kerusakan sel-sel otak. Semakin lama penghambatan itu terjadi, efeknya akan semakin parah dan semakin sulit untuk dipulihkan. Oleh sebab itu, tindakan yang cepat dalam mencegah dan mengatasi serangan CVA sangat menentukan kesembuhan atau pemulihan kesehatan para penderita CVA. Sedangkan dalam kejadian CVA terdapat serang CVA yang hanya 1-24 jam saja dan bisa kenal dengan istilah *Transient Iskemik Attack* (TIA). Orang awan cenderung menganggap CVA sebagai penyakit. Sebaliknya, para dokter justru menyebutnya sebagai gejala klinis yang muncul akibat pembuluh darah jantung (*Kardiovaskuler*) yang bermasalah, penyakit jantung atau keduanya secara bersamaan (Auryn, 2020).

2.1.2 Klasifikasi CVA

Menurut Hariyanto, Awan (2013). Klasifikasi CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) dibagi menjadi 2 yaitu :

1) CVA ditinjau berdasarkan patologi dan gejala klinik

a) CVA Hemoragic

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-Hemoragic

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

(1). Pada CVA iskemik terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak menurun. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau baru bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan, tetapi timbul edema sekunder. Trombosis : penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya *iskemik*.

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

- (3). Penyempitan lumen arteri: bisa terjadi karena infeksi, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2) CVA berdasarkan perjalanan penyakit

a) TIA (*Transien Iskemic Attack*)

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

b) CVA Involusi

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

c) CVA Komplet

Kondisi CVA yang terjadi gangguan neurologi yang timbul sudah menetap dan permanen. Pada umumnya, diawali karena *Transien Iskemic Attac* yang berulang.

2.1.3 Etiologi

Menurut Oktavianus, (2014) Etiologi CVA meliputi :

1) Timbulnya Trombosis

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

2) 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.

3) Akibat adanya kerusakan arteri yaitu : usia, hipertensi, DM

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

2.1.4 Faktor Resiko

Faktor resiko dari CVA Menurut Auryn, Virzara (2020) ada factor resiko mayor dan factor resiko minor. Faktor risiko mayor (Faktor dominan) biasanya merupakan penyakit dan gangguan lain yang memang sudah bersarang di tubuh penderita CVA. Factor minor tersebut meliputi :

- 1) Hipertensi (Tekanan darah tinggi)
- 2) Penyakit jantung
- 3) Sudah ada manifestasi *aterosklerosis* secara klinis (gejala-gejala pengerasan pembuluh darah), gangguan pembuluh darah koroner, gangguan pembuluh darah karotis, klaudikasio intermiten (nyeri yang hilang timbul), denyut nadi perifer tidak ada, dan lain-lain.
- 4) Diabetes melitus (kencing manis)
- 5) Polisitemia (banyak sel-sel darah)
- 6) Pernah terserang CVA.
- 7) *Hiperlipidemia* (peningkatan kadar lipid dalam darah).
- 8) Tingginya sel darah merah
- 9) Gangguan pembuluh darah

- 10) Penyakit pada katup jantung atau otot jantung yang disebut *endocarditis*
- 11) Mengerasnya pembuluh arteri (*aterosclerosis*, atau penumpukan kolesterol pada dinding arteri)
- 12) Ketidaknormalan irama jantung seperti atrial *fibrillation*

Sedangkan faktor risiko minor adalah faktor yang biasanya terjadi karena faktor gaya hidup dan pola makan penderita yang tidak memerhatikan berbagai akibat negatif dari pola dan gaya hidup tersebut. Namun, selain itu, faktor budaya dan lingkungan juga menjadi faktor risiko minor ini. Faktor risiko minor ini antara lain adalah:

- 1) Kadar lemak darah yang tinggi
- 2) Hematokrit tinggi
- 3) Merokok
- 4) Kegemukan (obesitas)
- 5) Kadar asam urat tinggi
- 6) Kurang gerak badan/olah raga
- 7) Fibrinogen tinggi
- 8) Suku bangsa (negro/Spanyol)
- 9) Jenis kelamin (pria)
- 10) Penyalahgunaan obat-obatan (narkoba)

Selain faktor risiko mayor dan minor di atas, ada juga faktor lain yang bisa mengakibatkan kemungkinan terkena CVA, misalnya :

- 1) Sifilis
- 2) Malaria otak

- 3) Penyakit darah yang menyebabkan kekentalan darah meningkat

2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis atau bisa disebut tanda dan gejala umum menurut Brunner (2015) mencakup :

- 1) Kebas atau kelemahan pada wajah, lengan, atau kaki (terutama pada satu sisi tubuh)
- 2) Kebingungan/*konfusi* atau perubahan status mental
- 3) Sulit berbicara atau memahami pembicaraan
- 4) Gangguan visual
- 5) Kehilangan keseimbangan, pening, kesulitan berjalan; atau sakit kepala berat secara mendadak.

Manifestasi klinis menurut Tarwoto (2013), tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada CVA akut gejala klinis meliputi :

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (*Hemiparesis*) atau *Himiplegia (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 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 metabolic otak akibat hipoksia.

4) *Afasia* (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi berbicara, termasuk dalam membaca, menulis, memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri biasanya terjadi pada CVA dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri.

5) *Disartia* (Bicara cadel atau pelo) Disartia merupakan kesulitan bicara

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

6) Gangguan penglihatan, *diplopia*

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau 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 disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV, 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.

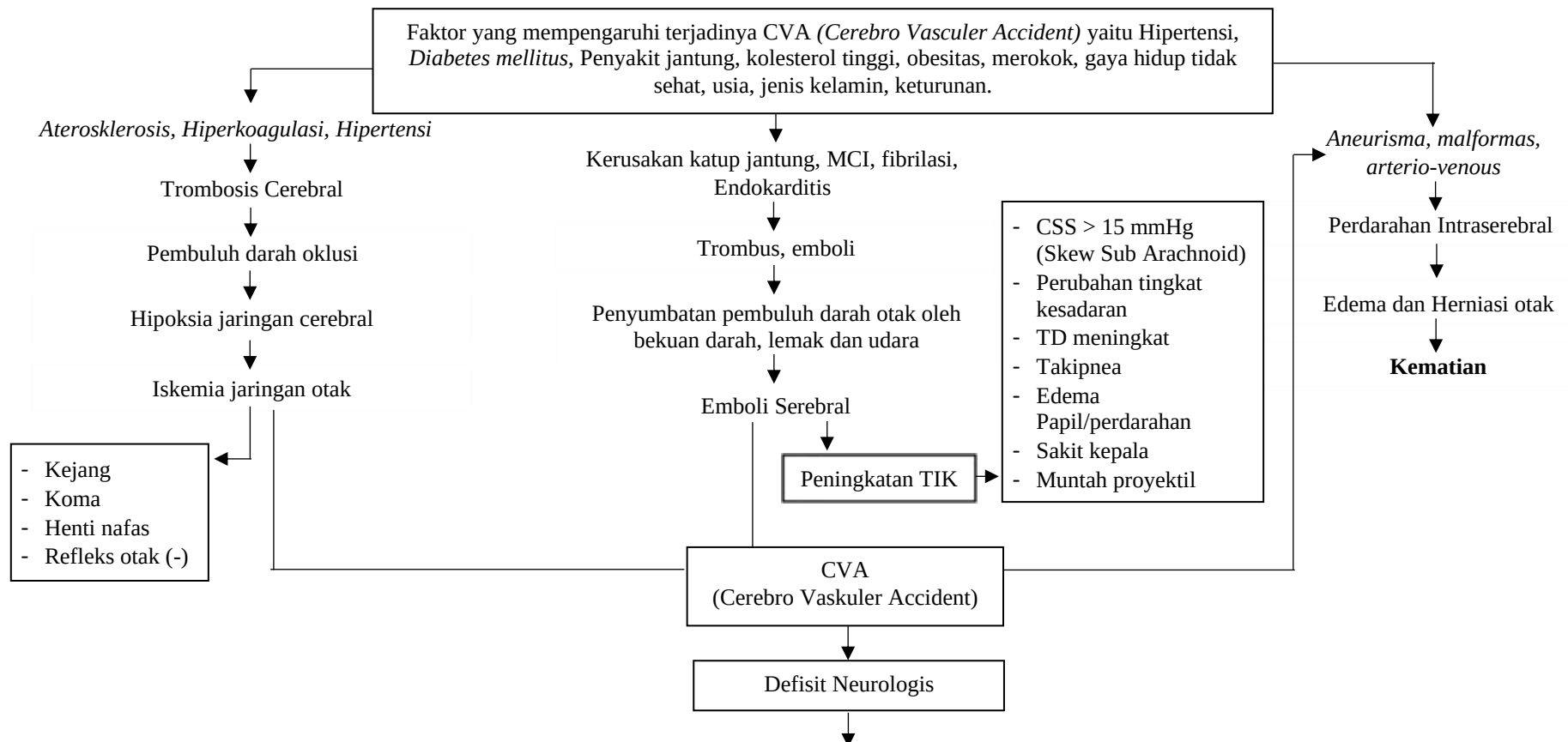
8) *Inkontinensia*

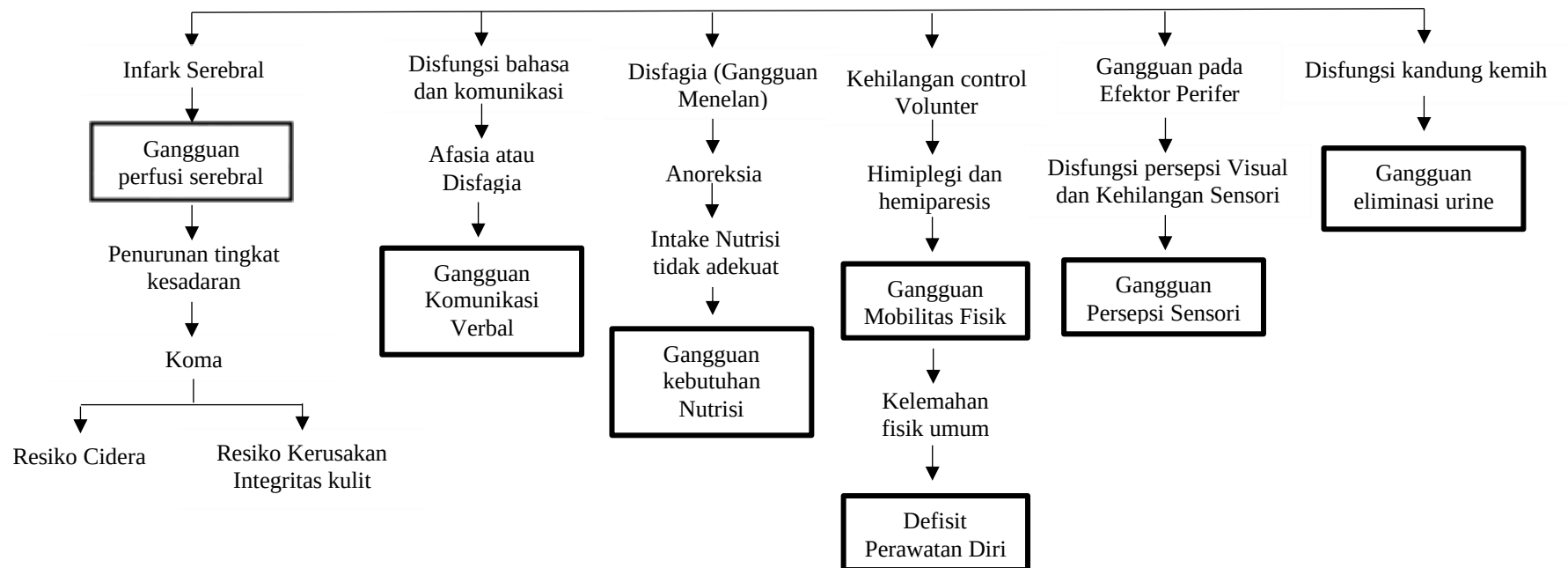
Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi, hal ini dikarenakan terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

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

2.1.6 Patofisiologi

1) Skema Patofisiologi





Gambar 2.1 NANDA, 2016

2) Uraian Patofisiologi

Faktor yang mempengaruhi terjadinya *CVA (Cerebro Vascular Accident)* yaitu Hipertensi, Diabetes mellitus, Penyakit jantung, Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan. *CVA* ada dua jenis yaitu *CVA infark* dan *CVA Hemoragic*. Faktor terjadinya *CVA infark* yaitu penumpukan lemak, kolesterol di dinding pembuluh darah (aterosklerosis) yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah). Faktor terjadinya *CVA hemoragik* yaitu kelainan pembuluh darah, aneurisme, hipertensi yang dapat mengakibatkan pembuluh darah tidak bisa menahan tekanan darah sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah yang berakibat terjadinya perdarahan dan Aliran darah ke otak menurun yang mengakibatkan sel-sel di dalam otak mati. Kedua factor tersebut dapat menimbulkan *deficit neurologis* (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan *suplai* darah dan *oksigen* sehingga muncul gangguan *perfusi jaringan serebral*. Salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang *foramen* di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan *vascular serebral* dan menimbulkan nyeri kepala. Pada daerah *ekstremitas* terjadi kehilangan control *volunter* atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan *hemiplegi* dan *hemiparesis* akibat *lesi* pada pada sisi otak yang

berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tubuh tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan ataupun kaki. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah *deficit perawatan diri*, karena tidak mampu lagi melaksanakan *ADL (Activity of Daily Living)*. Kelemahan control otot *fasial/wajah* berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, *disfasia / afasia*, *disartria* (kehilangan kemampuan bicara) sehingga muncul masalah kerusakan komunikasi *verbal*. Kerusakan *neurologis* juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan gangguan perbuahan *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 ototsfinger sehingga menimbulkan masalah gangguan *eliminasi urine*.

2.1.7 Komplikasi

CVA dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi, dan sebagian besar komplikasi tersebut berakibat fatal. Beberapa jenis komplikasi yang mungkin muncul, antara lain :

- 1) *Deep vein thrombosis*. Sebagian orang akan mengalami penggumpalan darah di tungkai yang mengalami kelumpuhan. Kondisi tersebut dikenal sebagai *deep vein thrombosis*. Kondisi ini

terjadi akibat terhentinya gerakan otot tungkai, sehingga aliran di dalam pembuluh darah vena tungkai terganggu. Hal ini meningkatkan risiko untuk terjadinya penggumpalan darah. *Deep vein thrombosis* dapat diobati dengan obat antikoagulan.

- 2) Sebagian pengidap CVA hemoragik dapat mengalami *hidrosefalus*, yaitu menumpuknya cairan otak di dalam rongga jauh di dalam otak (ventrikel). Dokter bedah saraf akan memasang sebuah selang ke dalam otak untuk membuang cairan yang menumpuk tersebut.
- 3) Kerusakan yang disebabkan oleh CVA dapat mengganggu refleks menelan, akibatnya makanan dan minuman berisiko masuk ke dalam saluran pernapasan. Masalah dalam menelan tersebut dikenal sebagai *disfagia*. *Disfagia* dapat menyebabkan *pneumonia aspirasi* (Maria, 2021).

Menurut Tarwoto (2013), komplikasi dari CVA (*Cerebro Vascular Accident*) yaitu:

- 1) Fase Akut
 - a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak. Karena perdarahan pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Hipoksia jaringan otak akan terjadi karena tidak adekuatnya aliran darah. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya.

b) Edema Serebri

Jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik terjadilah edema dimana tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pada pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial

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 kranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi pada serebral yang dapat mengancam kehidupan

d) Aspirasi

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

2) Komplikasi pada masa pemulihan atau akut lanjut

a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat imobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, trombosis vena dalam, atropi, inkontinensia

b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak

c) Malnutrisi karena intake yang tidak adekuat

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

- 1) MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) : menunjukkan daerah yang mengalami infark dan hemoragik.
- 2) CT Scan (*Computerized Tomograft Scaning*) : mengetahui area infark, edema, hematoma, dan struktur otak.
- 3) EEG (*Flektro 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 rupture.
- 5) ECG (*Elektro Kardiogram*) : mengetahui kelainan jantung yang menjadi penyebab CVA.
- 6) Pemeriksaan darah lengkap: Hb, Leukosit, trombosit, LED, dan eritrosit.

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan CVA menurut Tarwoto (2013) :

- 1) Penatalaksanaan Umum :
 - a) Pada fase akut
 - (1). Terapi cairan, pada fase akut CVA beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah.
 - (2). Terapi oksigen, pasien CVA 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 analisa gas darah oksimetri.

- (3). Penatalaksanaan peningkatan intrakranial. Peningkatan tekanan intrakranial biasanya disebabkan karena edema serebri oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, kontrol atau pengendalian tekanan darah.
- (4). Monitor fungsi pernapasan : Analisa Gas Darah
- (5). Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.
- (6). Evaluasi status cairan dan elektrolit
- (7). Kontrol kejang jika ada dengan anti konvulsan, dan cegah resiko injuri.
- (8). Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.
- (9). Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan anti koagulan.
- (10). Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan refleks.

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

2) Pembedahan

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

3) Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis CVA

a) CVA iskemia

- (1). Pemberian trombolisis dengan rt-PA (recombinan tissueplasminogen)
- (2). Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfabeta, kaptopril antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi.

b) CVA hemoragik

- (1) Anti hipertensi: katropil, antagonis kalsium
- (2) Diuretik: manitol 20 % , furosemide

(3) Antikonfalsan: fenitoin

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan yang sistematis, berurutan, berkelanjutan dimulai dari pengumpulan data, menentukan masalah keperawatan, menyusun desain rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan dan menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan dan mengevaluasi keberhasilan. Proses keperawatan merupakan metode yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Sasaran asuhan dapat individu, kelompok, keluarga, masyarakat, baik sehat maupun sakit (Rohmah, 2009).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari klien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada (Hidayat, 2014).

1) Pengumpulan Data

a) Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

b) Keluhan Utama

Keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan diri yaitu pada umumnya keluhan pasien CVA terjadi dua hal yaitu CVA hemoragik dan non hemoragik. CVA hemoragik biasanya memiliki keluhan

perubahan tingkat kesadaran, sakit kepala berat, kelemahan pada salah satu sisi tubuh, mual muntah, menggigil/berkeringat, peningkatan intracranial, afasia, hipertensi hebat, distress pernafasan dan koma. Kemudian pada CVA Non hemoragik biasanya mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual, muntah, kelemahan reflex, afasia (gangguan komunikasi), difasia (memahami kata), kesemutan, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar (Rhestifujiyani, 2015)..

c) Riwayat penyakit sekarang

CVA berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas ataupun sedang beristirahat. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala 17 kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

d) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat CVA sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan anti kougulan, aspirin, vasodilatator, obat-obat adiktif, dan kegemukan (Ignativicius, 2010)

e) Riwayat penyakit keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena faktor genetic/keturunan

f) Riwayat Psikososial

CVA memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk

pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan sehingga faktor biasa ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran Klien dan Keluarga. Peranan pasien dalam keluarga, status emosi meningkat, interaksi sosial terganggu, adanya rasa cemas yang berlebihan, hubungan dengan tetangga yang tidak harmonis, status dalam pekerjaan. Dan apakah klien rajin dalam melakukan ibadah (Tarwoto, 2013).

2) Aktivitas Sehari-hari

a) Pola Nutrisi dan Cairan

Pada klien dengan stroke terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah dan kesulitan untuk menelan (Doenges & Marilynn, 2000).

b) Minum

Apakah ada ketergantungan mengonsumsi obat, narkoba, minum yang mengandung alkohol.

c) Eliminasi

Pada klien dengan stroke didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontensia urin, anuria. Pada pola eliminasi BAB didapatkan konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilitas dan bising usus negative. (Doenges & Marilynn, 2000).

d) Pola Istirahat Tidur

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

e) Pola Kognitif dan Sensori Persepsi

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan/kekaburan pandangan, perabaan/sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Doenges & Marilyn, 2000).

f) Pola peran dan hubungan interaksi sosial

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

g) Pola keyakinan dan nilai

Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Doenges & Marilyn, 2000).

3) Pemeriksaan Fisik

a) Kesadaran : umumnya mengalami penurunan kesadaran.

b) Keadaan umum : Keadaan umum dengan klien stroke biasanya mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu kesulitan dalam bicara, bicara cedal/pelo, terjadi kelemahan tubuh di salah satu sisi. Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Muttaqin, 2008).

c) Suara bicara : kadang mengalami gangguan yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara, atau bicara pelo

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

beraturan

e) Pemeriksaan kepala dan leher, meliputi :

(1) Kepala :

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

(2) Muka :

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

(3) Mata :

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

(4) Hidung

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

(5) Telinga

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

(6) 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).

f) Pemeriksaan integumen

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

Disamping itu perlu dikaji tanda-tanda dekubitus.

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

(3) Rambut : umumnya tidak ada kelainan

g) Pemeriksaaan Dada/Thorax

(1) Pemeriksaan sistem pernafasan

(a) Inspeksi : Amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung), frekuensi pernapasan, irama dan suara nafas. Kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Doenges & Marilyn, 2000).

(b) Palpasi : untuk menilai tactile fremitus

(c) Perkusi : untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor

(d) 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 & Marilynn, 2000).

(2) Pemeriksaan jantung

- (a) Perkusi : pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak.
- (b) 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

h) 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 & Marilynn, 2000).

i) Pemeriksaan Inguinal, Genetalia, Anus

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

j) Pemeriksaan Ekstermitas

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

k) Pemeriksaan Neurologis

Ada 12 nervus cranial, diantaranya adalah : (Muttaqin, 2008).

- (1) *Nervus Kranialis 1 olfaktorius* : Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
- (2) *Nervus Kranialis 2 optikus* : Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang
- (3) *Nervus Kranialis 3 okulomotoris*,: Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar
- (4) *Nervus Kranialis 4 Trokhlearis* : Kelainan berupa paralisis nervus toklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial
- (5) *Nervus Kranialis 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 Kranialis 6 abducent* : Kelainan pada paralisis nervus abducent menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, ketika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior
- (7) *Nervus Kranialis 7 facialis* : 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 Kranialis 8 auditorius* : Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo)
- (9) *Nervus Kranialis 9 glossofaringius* dan *Nervus Kranialis 10 vagus* : Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glossofaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko terjadinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian. Gangguan nervus 9

dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan, nadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru.

- (10) *Nervus Kranialis 11 asesoris* : Gangguan pada nervus asesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapezius) dan otot leher (otot sternokleidomastoideus). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus asesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persyarafan otot trapezius dan otot sternokleidomastoideus terganggu
- (11) *Nervus Kranialis 12 hipoglosal* : 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.

l) Pemeriksaan refleks

Pada fase reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah bebrapa hari reflek fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis.

m) Pemeriksaan penunjang

Diantaranya adalah:

- (1) Periksa radiologi atau rotgen kepala dan medulla spinalis
- (2) MRI (Magnetic Resonance Imaging) : untuk menunjukkan area yang mengalami hemoragik.
- (3) Pemeriksaan laboratorium darah
- (4) Angiografi serebral : untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler.
- (5) Pemeriksaan foto thorak : untuk memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan tanda hipertensi kronis pada penderita CVA infark.
- (6) Lumbal Pungsi : pemeriksaan likuor yang merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang pasif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal sewaktu hari pertama.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons Klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis

keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons Klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Berikut adalah diagnosa dari CVA dari Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) :

1) Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)

a) Definisi :

Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

b) Faktor Resiko :

- (1) Keabnormalan masa protrombin atau masa tromboplastin parsial
- (2) Penurunan kinerja ventikel kiri
- (3) Aterosklerosis aorta
- (4) Diseksi arteri
- (5) Fibrilasi atrium
- (6) Tumor otak
- (7) Stenosis karotis
- (8) Miksoma atrium
- (9) Aneurisma serebri
- (10) Koagulopati (mis. anemia sel sabit)
- (11) Dilatasi kardiomiopati
- (12) Koagulasi (mis. anemia sel sabit)
- (13) Embolisme
- (14) Cedera kepala
- (15) Hiperkolesteronemia

- (16) Hipertensi
- (17) Endokarditis infeksi
- (18) Katup prostetik mekanis
- (19) Stenosis mitral
- (20) Neoplasma otak
- (21) Infark miokard akut
- (22) Sindrom sick sinus
- (23) Penyalahgunaan zat
- (24) Terapi trombolitik
- (25) Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass)

c) Kondisi Klinis Terkait :

- (1) Stroke
- (2) Cedera kepala
- (3) Aterosklerotik aortik
- (4) Infark miokard akut
- (5) Diseksi arteri
- (6) Embolisme
- (7) Endokarditis infeksi
- (8) Fibrilasi atrium
- (9) Hiperkolesterolemia
- (10) Hipertensi
- (11) Dilatasi kardiomiopati
- (12) Koagulasi intravaskular diseminata
- (13) Miksoma atrium

- (14) Neoplasma otak
- (15) Segmen ventrikel kiri akinetik
- (16) Sindrom sick sinus
- (17) Stenosis karotid
- (18) Stenosis mitral
- (19) Hidrosefalus
- (20) Infeksi otak (mis. meningitis, ensefalitis, abses serebri)

2) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

a) Definisi :

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

b) Penyebab :

- (1) Kerusakan integritas struktur tulang
- (2) Perubahan metabolisme
- (3) Ketidakbugaran fisik
- (4) Penurunan kendali otot
- (5) Penurunan massa otot
- (6) Penurunan kekuatan otot
- (7) Keterlambatan perkembangan
- (8) Kekakuan sendi
- (9) Kontraktur
- (10) Malnutrisi
- (11) Gangguan muskuloskeletal
- (12) Gangguan neuromuskular

- (13) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- (14) Efek agen farmakologis
- (15) Program pembatasan gerak
- (16) Nyeri
- (17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- (18) Kecemasan
- (19) Gangguan kognitif
- (20) Keengganan melakukan pergerakan
- (21) Gangguan sensoripersepsi

c) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- (1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif

- (1) Kekuatan otot menurun
- (2) Rentang gerak (ROM) menurun

d) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- (1) Nyeri saat bergerak
- (2) Enggan melakukan pergerakan
- (3) Merasa cemas saat bergerak

Objektif

- (1) Sendi kaku
- (2) Gerakan tidak terkoordinasi
- (3) Gerakan terbatas

(4) Fisik lemah

e) Kondisi Klinis Terkait

(1) Stroke

(2) Cedera medula spinalis

(3) Trauma

(4) Fraktur

(5) Osteoarthritis

(6) Osteomalasia

(7) Keganasan

3) Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

a) Definisi :

Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem verbal.

b) Penyebab :

(1) Penurunan sirkulasi serebral

(2) Gangguan neuromuskuler

(3) Gangguan pendengaran

(4) Gangguan muskuloskeletal

(5) Kelainan pelatuk

(6) Hambatan fisik (mis. terpasang trakeostomi, intubasi, krikotiroidotomi)

(7) Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)

- (8) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- (9) hambatan lingkungan (mis. Ketidacukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)

c) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- (1) Tidak mampu berbicara atau mendengar
- (2) Menunjukkan respon tidak sesuai

d) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- (1) Afasia
- (2) Disfasia
- (3) Apraksia
- (4) Disleksia
- (5) Disatria
- (6) Afonia
- (7) Dislalia
- (8) Pelo
- (9) Gagap

- (10) Tidak ada kontak mata
- (11) Sulit memahami komunikasi
- (12) Sulit mempertahankan komunikasi
- (13) Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
- (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

e) Kondisi Klinis Terkait

- (1) Stroke
- (2) Cedera kepala
- (3) Trauma wajah
- (4) Peningkatan tekanan intrakranial
- (5) Hipoksia kronis
- (6) Tumor
- (7) Miastenia gravis
- (8) Sklerosis multipel
- (9) Distropi meskuler
- (10) Penyakit Alzheimer
- (11) Kuadriplegia
- (12) Labiopalatoskizis

- (13) Infeksi laring
- (14) Fraktur rahang
- (15) Skizofrenia
- (16) Delusi
- (17) Paranoid
- (18) Autisme

4) Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)

a) Definisi :

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

b) Penyebab :

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

c) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- (1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
- (2) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman,

perabaan, atau pengecapan

Objektif

- (1) Distorsi sensori
- (2) Respons tidak sesuai
- (3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu

d) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- (1) Menyatakan kesal

Objektif

- (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 sendir

e) Kondisi Klinis Terkait

- (1) Glaukoma
- (2) Katarak
- (3) Gangguan refraksi (miopia, hiperopia, astigmatisma, presbipio)
- (4) Trauma okuler

- (5) Trauma pada saraf kranialis II, III, IV akibat stroke, aneurisma intrakranial, trauma/tumor otak)
- (6) Infeksi okuler
- (7) Presnikusis
- (8) Malfungsi alat bantu dengar
- (9) Delirium
- (10) Demensia
- (11) Gangguan amnestik
- (12) penyakit terminal
- (13) Gangguan psikotik

5) Defisit Perawatan Diri (D.0109)

a) Definisi :

Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

b) Penyebab :

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

c) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- (1) Menolak melakukan perawatan diri

Objektif

- (1) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri
- (2) Minat melakukan perawatan diri kurang

d) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- (1). (tidak tersedia)

Objektif

- (1) (tidak tersedia)

e) Kondisi Klinis Terkait

- (1). Stroke
- (2). Cedera medula spinalis
- (3). Depresi
- (4). Arthritis reumatoid
- (5). Retardasi mental
- (6). Delirium
- (7). Demensia
- (8). Gangguan amnestik
- (9). Skizofrenia dan gangguan psikotik lain
- (10). Fungsi penilaian terganggu

6) Gangguan Eliminasi Urine (D.0040)

a) Definisi :

Disfungsi eliminasi urin

b) Penyebab :

- (1) Penurunan kapasitas kandung kemih

- (2) Iritasi kandung kemih
- (3) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
- (4) Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. operasi ginjal , operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan)
- (5) Kelemahan otot pelvis
- (6) Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. imobilitas)
- (7) Hambatan lingkungan
- (8) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- (9) Outlet kandung kemih tidak lengkap (mis. anomali saluran kemih kongenital)
- (10) Imaturitas (pada anak usia < 3 tahun)

c) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- (1) Desekan berkemih (Urgensi)
- (2) Urin menetas (dribbling)
- (3) Sering buang air kecil
- (4) Nokturia
- (5) Mengompol
- (6) Enuresis

Objektif

- (1) Desekan berkemih (Urgensi)
- (2) Urin menetas (dribbling)

(3) Sering buang air kecil

(4) Nokturia

(5) Mengompol

(6) Enuresis

d) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

(Tidak tersedia)

e) Kondisi Klinis Terkait

(1) Infeksi ginjal dan saluran kemih

(2) Hiperglikemi

(3) Trauma

(4) Kanker

(5) Cedera/tumor/infeksi medula spinalis

(6) Neuropati diabetikum

(7) Neuropati alkoholik

(8) Stroke

(9) Parkinson

(10) Skeloris multipel

(11) Obat alpha adrenergik

7) Defisit Nutrisi (D.0019)

a) Definisi :

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan

metabolisme

b) Penyebab :

- (1) Ketidakmampuan menelan makanan
- (2) Ketidakmampuan mencerna makanan
- (3) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi
- (4) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- (5) Faktor ekonomi (mis, finansial tidak mencukupi)
- (6) Faktor psikologis (mis, stres, keengganan untuk makan)

c) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(Tidak Tersedia)

Objektif

- (1) Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

d) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- (1) Cepat kenyang setelah makan
- (2) Kram/nyeri abdomen
- (3) Nafsu makan menurun

Objektif

- (1) Bising usus hiperaktif
- (2) Otot pengunyah lemah
- (3) Otot menelan lemah
- (4) Membran mukosa pucat
- (5) Sariawan

- (6) Serum albumin turun
- (7) Rambut rontok berlebihan
- (8) Diare

e) Kondisi Klinis Terkait :

- (1) Stroke
- (2) Parkinson
- (3) Mobius syndrome
- (4) Cerebral palsy
- (5) Cleft lip
- (6) Cleft palate
- (7) Amyotrophic lateral sclerosis
- (8) Kerusakan neuromuskular
- (9) Luka bakar
- (10) Kanker
- (11) Infeksi
- (12) AIDS
- (13) Penyakit Crohn's
- (14) Enterokolitis
- (15) Fibrosis kistik

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Menurut Mahyar et al. (2011), intervensi keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien atau tindakan yang harus dilakukan perawat. Intervensi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas. Pengelompokan seperti bagaimana, kapan,

dimana, frekuensi, dan besarnya, menunjukkan isi dari aktivitas yang direncanakan. Intervensi keperawatan dapat dibagi menjadi dua, yaitu: mandiri (dilakukan oleh perawat) dan kolaboratif (yang dilakukan bersama dengan pemberi perawatan lainnya).

Menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2013) Intervensi dari diagnose di atas adalah :

1) **Diagnosa 1 : Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif**

a) Tujuan dan Kriteria Hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Perfusi jaringan serebral dapat tercapai secara normal dengan Kriteria Hasil : (L.02014)

- (1). Tingkat kesadaran meningkat (5)
- (2). Fungsi Kognitif meningkat (5)
- (3). Tekanan intrakranial menurun (5)
- (4). Sakit kepala menurun (5)
- (5). Gelisah Menurun (5)
- (6). Kecemasan menurun (5)
- (7). Agitasi menurun (5)
- (8). Demam menurun (5)
- (9). Nilai rata-rata tekanan darah membaik (5)
- (10). Kesadaran membaik (5)
- (11). Tekanan Darah sistolik membaik (5)
- (12). Tekanan Darah diastolik membaik (5)
- (13). Reflek Saraf membaik (5)

b) Rencana Tindakan :

Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial. (I.06194)

(1). Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan tekanan dalam rongga kranial

(2). Intervensi :

Observasi

(a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

(b) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (Mis. Tekanan Darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)

(c) Monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*)

(d) Monitor CVP (*Central Venous Pressure*), jika perlu

(e) Monitor PAWP, jika perlu

(f) Monitor PAP, jika perlu

(g) Monitor ICP (*Intra Cranial Pressure*), Jika Perlu

(h) Monitor CPP (*Cerebral Perfusion Pressure*)

(i) Monitor gelombang ICP

(j) Monitor status pernapasan

(k) Monitor intake dan output cairan

(l) Monitor cairan cerebro spinalis (mis. Warna dan Konsistensi)

Terapeutik

- (m) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- (n) Berikan posisi semi fowler
- (o) Jindari manuver *Valsava*
- (p) Cegah terjadi kejang
- (q) Hindari penggunaan PEEP
- (r) Hindari penggunaan cairan IV hipotonik
- (s) Atur Ventilator agar PaCO₂ optimal
- (t) Pertahankan suhu tubuh pada batas normal
- (u) Kolaborasi pemberian sedasi dan konvulsan, *jika perlu*
- (v) Kolaborasi pemberian deuretik osmosis, *jika perlu*
- (w) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, *jika perlu*

2) **Diagnosa 2 : Gangguan Mobilitas Fisik**

a) Tujuan dan Kriteria Hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, klien mampu meningkatkan gerakan fisik dari satu ekstremitas secara mandiri, dengan kriteria hasil : (L.05042)

- (1) Pergerakan ekstremitas meningkat (5)
- (2) Kekuatan otot meningkat (5)
- (3) Rentang gerak (ROM) meningkat (5)
- (4) Nyeri menurun (5)
- (5) Kecemasan menurun (5)
- (6) Kaku sendir menurun (5)
- (7) Gerakan tidak terkoordinasi menurun (5)

- (8) Gerakan Terbatas (5)
- (9) Kelemahan fisik menurun (5)

b) Rencana Tindakan :.

Dukungan Mobilisasi (I.05173)

- (1) Definisi : Memfasilitasi Pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik

- (2) Intervensi :

Observasi

- (a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- (b) Identifikasi toleransi fisik maupun pergerakan
- (c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- (d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

- (e) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)
- (f) Fasilitasi melakukan pergerakan, *jika perlu*
- (g) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

- (h) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- (i) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

- (j) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
(mis. Duduk di tempat tidur, duduk di Sisi tempat tidur,
berpindah dari tempat tidur ke kursi).

3) **Diagnosa 3 : Gangguan Komunikasi Verbal**

a) Tujuan dan Kriteria Hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam
diharapkan kemampuan berbicara membaik dengan kriteria hasil :

(L.13118)

- (1) Kemampuan berbicara meningkat (5)
- (2) Kemampuan mendengar meningkat (5)
- (3) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (5)
- (4) Kontak mata meningkat (5)
- (5) Afasia menurun (5)
- (6) Disfasia menurun (5)
- (7) Apraksia menurun (5)
- (8) Disleksia menurun (5)
- (9) Disatria menurun (5)
- (10) Dislalia menurun (5)
- (11) Pelo menurun (5)
- (12) Gagap menurun (5)
- (13) Respon perilaku membaik (5)
- (14) Pemahaman komunikasi membaik (5)

b) Rencana Tindakan :

Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492)

(1) Definisi : Menggunakan teknik komunikasi tambahan pada individu dengan gangguan bicara

(2) Intervensi :

Observasi

- (a) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
- (b) Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara
- (c) Monitor frustrasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara
- (d) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

Terapeutik

- (e) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf isyarat tangan dan komputer)
- (f) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan saksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
- (g) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
- (h) Ulangi apa yang disampaikan pasien

- (i) Berikan dukungan psikologis
- (j) Gunakan juru bicara, *(jika perlu)*

Edukasi

- (k) Anjurkan berbicara perlahan
- (l) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara

Kolaborasi

- (m) Rujuk ke ahli patologi bicara atau Terapis

4) **Diagnosa 4 : Gangguan Persepsi Sensori**

a) Tujuan dan Kriteria Hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan persepsi-realitas terhadap stimulus baik internal maupun eksternal membaik dengan kriteria hasil : (L.09083)

- (1) Verbalisasi mendengar bisikan meningkat (5)
- (2) Verbalisasi melihat bayangan meningkat (5)
- (3) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan meningkat (5)
- (4) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman meningkat (5)
- (5) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan meningkat (5)
- (6) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan meningkat (5)

- (7) Distorsi Sensori meningkat (5)
- (8) Perilaku Halusinasi menurun (5)
- (9) Menarik diri menurun (5)
- (10) Curiga menurun (5)
- (11) Mondar mandir menurun (5)
- (12) Respons sesuai stimulus membaik (5)
- (13) Konsentrasi membaik (5)
- (14) Orientasi (5)

b) Rencana Tindakan :

Minimalisasi Rangsangan (I.08241)

- (1) Definisi : Mengurangi jumlah atau pola rangsangan yang ada
(baik Internal atau eksternal)

- (2) Intervensi :

Observasi

- (a) Periksa status mental, status sensori dan tingkat kenyamanan (mis. nyeri dan kelelahan)

Terapiutik

- (b) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (misal bising dan terlalu terang)
- (c) Batasi stimulus lingkungan (misal cahaya, suara dan aktivitas)
- (d) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat
- (e) Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu sesuai kebutuhan

Edukasi

- (f) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (misal mengatur pencahayaan ruangan, kebisingan, membatasi kunjungan)

Kolaborasi

- (g) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan
- (h) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus

5) Diagnosa 5 : Defisit Perawatan Diri**a) Tujuan dan Kriteria Hasil :**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : (L.11103)

- (1) Kemampuan mandi meningkat (5)
- (2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5)
- (3) Kemampuan makan meningkat (5)
- (4) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat (5)
- (5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5)
- (6) Minat melakukan perawatan diri meningkat (5)
- (7) Mempertahankan kebersihan diri meningkat (5)
- (8) Mempertahankan kebersihan mulut meningkat (5)

b) Rencana Tindakan :**Dukungan Perawatan Diri (I.09268)**

- (1) Definisi : Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri

(2) Intervensi

Observasi

- (a) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- (b) Monitor tingkat kemandirian
- (c) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, Berhias, makan dan melakukan ADL

Terapeutik

- (d) Sediakan lingkungan yang Terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privacy)
- (e) Siapkan keperluan pribadi (mis. Peralatan mandi)
- (f) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- (g) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
- (h) Fasilitasi kemandirian, bentuk jika tidak mampu melakukan perawatan diri
- (i) Jadwalkan rutinitas perawatan diri

Edukasi

- (j) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

6) **Diagnosa 6 : Gangguan Eliminasi Urine**

a) Tujuan dan Kriteria Hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pengkosongan kandung kemih membaik dengan kriteria hasil : (L.04034)

- (1). Sensasi berkemih meningkat (5)
- (2). Desakan berkemih (urgensi) menurun (5)
- (3). Distensi kandung kemih menurun (5)
- (4). Berkemih tidak tuntas (*hesitancy*) menurun (5)
- (5). Volume residu urine menurun (5)
- (6). Urin menetes (*dribbling*) menurun (5)
- (7). Nokturia menurun (5)
- (8). Mengompol menurun (5)
- (9). *Enuresis* menurun (5)
- (10). Disuria menurun (5)
- (11). Anuna menurun (5)
- (12). Frekuensi BAK membaik (5)
- (13). Karakteristik urino membaik (5)

b) Rencana Tindakan

Manajemen Eliminasi Urine (I.04152)

- (1) Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola gangguan pola Eliminasi Urine
- (2) Intervensi :

Observasi

 - (a) Identifikasi kebiasaan BAK BAB sesuai usia
 - (b) Identifikasi tanda dan gejala Retensi atau Inkontinensia urine
 - (c) Monitor Eliminasi Urin (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna)

Terapeutik

- (d) Catat waktu waktu dan Haluaran berkemih
- (e) Batasi asupan cairan
- (f) Dukung penggunaan toilet/pispot/urinal secara konsisten
- (g) Bersihkan alat bantu BAK setelah digunakan
- (h) Latih BAK sesuai jadwal, *jika perlu*
- (i) Sediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal)
- (j) Anjurkan BAK secara rutin
- (k) Anjurkan ke kamar mandi/toilet, *jika perlu*

Edukasi

- (l) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih
- (m) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan
- (n) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi
- (o) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur

Kolaborasi

- (p) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, *jika diperlukan*

7) Diagnosa 7 : Defisit Nutrisi

- a) Tujuan dan Kriteria Hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme membaik dengan kriteria hasil : (L.03030)

- (1). Porsi makanan yang dihabiskan meningkat (5)
- (2). Kekuatan otot penguyah meningkat (5)
- (3). Kekuatan otot menelan meningkat (5)
- (4). Serum albumin meningkat (5)
- (5). Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat (5)
- (6). Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat (5)
- (7). Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat (5)
- (8). Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang sehat meningkat (5)
- (9). Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat (5)
- (10). Penyiapan dan penyimpanan minuman yang sehat meningkat (5)
- (11). Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat (5)
- (12). Perasaan cepat kenyang menurun (5)
- (13). Nyeri abdomen menurun (5)
- (14). Sariawan menurun (5)

- (15). Rambut rontok menurun (5)
- (16). Diare menurun (5)
- (17). Berat badan membaik (5)
- (18). Indeks masa tubuh (IMT) membaik (5)
- (19). Frekuensi makan membaik (5)
- (20). Nafsu makan membaik (5)
- (21). Bising usus membaik (5)
- (22). Tebal lipatan kulit trisep membaik (5)
- (23). Membran mukosa membaik (5)

b) Rencana Tindakan :

Manajemen Nutrisi (I.03119)

(1). Definisi : mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang

(2). Intervensi :

Observasi

- (a) Identifikasi status nutrisi
- (b) Identifikasi alergi dan inteoleransi makanan
- (c) Identifikasi makanan yang disukai
- (d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- (e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasigastrik
- (f) Monitor asupan makanan
- (g) Monitor berat badan
- (h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- (i) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- (j) Fasilitasi menentukan pedoman diet
- (k) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- (l) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- (m) Berikan suplemen makanan, jika perlu
- (n) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

- (o) Anjurkan posisi duduk
- (p) Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- (q) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), *jika perlu*
- (r) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), *jika perlu*

2.2.4 Implementasi

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan menilai data yang baru

Sementara tahap-tahap yang harus dilaksanakan dalam pelaksanaan adalah :

- 1) Tahap Persiapan

- a) Review rencana tindakan keperawatan
 - b) Analisis pengetahuan dan ketrampilam yang diperlukan
 - c) Antisipasi komplikasi yang akan timbul
 - d) Mempersiapkan peralatan yang diperlukan (waktu, tenaga, alat)
 - e) Mengidentifikasi aspek-aspek hokum dan etik
 - f) Memerhatikan hak-hak pasien, antara lain :
 - (1) Hak atas pelayanan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan
 - (2) Hak atas informasi
 - (3) Hak untuk menentukan nasib sendiri
 - (4) Hak atas *Second Opinion*
- 2) Tahap Pelaksanaan
- a) Berfokus pada Klien
 - b) Berorientasi pada tujuan dan kriteria hasil
 - c) Memerhatikan keamanan fisik dan psikologis pasien
 - d) Kompeten
- 3) Tahap sesudah pelaksanaan
- a) Menilai keberhasilan tindakan
 - b) Mendokumentasikan tindakan yang meliputi :
 - (1) Aktivitas/Tindakan Perawat
 - (2) Hasil/Respon Pasien
 - (3) Tanggal/jam, nomor diagnosis keperawatan, tanda tangan.
- (Rohmah, 2009).

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah, 2009). Semua intervensi keperawatan dievaluasi dengan membandingkan respons aktual klien terhadap hasil yang diharapkan dari rencana/intervensi keperawatan (Mubarak, Wahit Iqbal et al, 2015).

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, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.
- 3) A (Analisis) : yaitu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.
- 4) P (Planning) : yaitu rencana tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah klien.