

Aterosklerosis intrakranial lebih banyak dijumpai pada populasi Asia dan Afrika-Amerika. Bahkan, pada populasi Cina dan Jepang kejadiannya mencapai 50 % dari kasus CVA iskemik.

2) Emboli Kardiogenik

Emboli kardiogenik menjadi penyebab 25-35% dari keseluruhan CVA. Sumber kardiomeboli yang sering dijumpai adalah fibrilasi, endokarditis infektif, penyakit katup jantung, infark miokard akut, kardiomiopati, tumor intrakardiak, dan stenosis mitral.

3) Oklusi Pembuluh darah Kecil

Penyebab terjadinya oklusi pembuluh darah kecil adalah perubahan lipohialonitik pada dinding pembuluh darah, yang juga merupakan efek sekunder hipertensi. Sebab lain adalah peningkatan pembentukan mikroateroma. Oklusi pembuluh darah kecil dikenal menyebabkan infark lakunar, sering terjadi di ganglia basalis, thalamus, kapsula interna, korona radiata, dan batang otak. Prevalensi infark lakunar sekitar 18% dari keseluruhan CVA iskemik.

4) CVA Karena Sebab yang jarang

Penyebab CVA yang jarang meliputi vaskulopati non-aterosklerosis, gangguan hiperkoagulasi, gangguan hematologi, dan penyebab lain yang jarang. Pasien harus memiliki bukti adanya infark pada CT scan / MRI. Pemeriksaan

darah atau arteriografi perlu dilakukan untuk untuk menyingkirkan kausa yang lain.

5) CVA karena pathogenesis lain yang belum diketahui

Menurut Mianoki (2021) pada kategori ini kausa CVA belum dapat ditegakkan dengan pasti, bahkan setelah pemeriksaan penunjang dilakukan. Termasuk dalam kategori ini adalah pasien yang memiliki dua atau lebih etiologi CVA sehingga klinisi belum dapat memastikan diagnosis akhir.

2.1.3 Etiologi

Menurut Isana (2021) sebagian besar CVA terjadi akibat kombinasi faktor penyebab medis misalnya, peningkatan tekanan darah dan faktor penyebab perilaku misalnya merokok. Berdasarkan penyebabnya, ada dua jenis CVA, yaitu:

1) CVA Infark/ Non Hemoragik

CVA infark terjadi ketika pembuluh darah arteri yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyempitan, sehingga menyebabkan aliran darah ke otak sangat berkurang. Kondisi ini disebut juga dengan infark. CVA infark dapat dibagi lagi ke dalam 2 jenis, CVA trombotik dan CVA embolik.

- a) Menurut Isana (2021) CVA Trombotik: merupakan jenis CVA akibat penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak akibat adanya thrombus, maupun aterosklerosis yang mengakibatkan suplai darah, oksigen, dan energi menuju ke otak berkurang atau terhenti yang dapat menyebabkan kematian

jaringan pada otak.

Penyebab CVA trombotik antara lain :

1. Arteriosklerosis merupakan penyumbatan yang disebabkan penumpukan plak, lemak dan kolesterol di dalam pembuluh darah di dinding pembuluh darah (endotel).
 2. Trombus, merupakan penyumbatan yang diakibatkan oleh bekuan darah yang menempel di dinding pembuluh darah.
 3. Embolus, merupakan penyumbatan yang disebabkan oleh benda asing maupun semacamnya yang tersangkut pada sirkulasi darah khususnya pembuluh darah di otak.
 4. Obat-obatan, beberapa obat dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah (example: antidepresan, antiparkinson, dekongestan dll.)
 5. Gaya hidup, seperti merokok dapat menyebabkan elastisitas pembuluh darah menjadi berkurang
 6. Psikologis, stres dapat menyebabkan sistem peredaran darah di dalam tubuh menjadi tidak normal yang dapat ditambah oleh faktor penyumbatan darah.
 7. Hipotermia, kedinginan dapat menyebabkan menggigil sehingga merangsang aktivitas otot yang menghasilkan panas tubuh yang kemudian dapat menyebabkan penyempitan.
- b) CVA Emboli: adalah jenis stroke akibat adanya sumbatan pada pembuluh darah otak seperti bekuan lemak, udara dan darah. Trombus yang terlepas dari jantung dan tersumbat pada sistem

arteri disebut emboli.

Penyebab stroke emboli:

1. Katup-katup jantung rusak
2. Fibrilasi atrium, dapat menimbulkan embolus- embolus kecil yang terjadi akibat adanya pengosong ventrikel pada darah yang awalnya terbentuk dari gumpalan-gumpalan kecil.
3. Endokarditis, terjadi dikarenakan adanya infeksi dari berbagai macam bakteri atau non bakteri yang menyebabkan terbentuknya suatu gumpalan- gumpalan di endocardium.
4. Penyakit jantung tanpa aritmis/thrombus murni (stenosis mitral, miokarditis, dan sebagainya)
5. Komplikasi pembedahan jantung

2) CVA Hemoragik

CVA hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah dan menyebabkan perdarahan. Pendarahan di otak dapat dipicu oleh beberapa kondisi yang memengaruhi pembuluh darah. Kondisi tersebut meliputi hipertensi yang tidak terkendali, melemahnya dinding pembuluh darah, dan pengobatan dengan pengencer darah. Stroke hemoragik terdiri dari dua jenis, yaitu perdarahan intraserebral dan subarachnoid (Wijaya, 2017).

- a. Intracerebral Hemorrhage (ICH): perdarahan intracerebral merupakan perdarahan yang terjadi pada jaringan otak, akibat robekan pembuluh darah di dalam jaringan otak. (Mutaqqin. 2019) Penyebab Intracerebral Hemorrhage yaitu hipertensi,

trauma kepala akibat kecelakaan, depresi tulang tengkorak akibat fraktur, cedera penetrasi peluru, malformasi arteri venosa, aneurisma.

- b. Subarachnoid Hemorrhage (SAH) adalah perdarahan yang terjadi di ruang subarachnoid di antara berada di lapisan pelindung otak atau meningen, akibat pecahnya atau rusaknya pembuluh darah (Harsono, 2016).

2.1.4 Faktor Resiko

1) Factor resiko CVA iskemik :

a. Usia

Pada umumnya risiko terjadinya CVA mulai usia 35 tahun dan akan meningkat dua kali dalam decade berikutnya. CVA ditemukan pada semua golongan usia, namun Sebagian besar akan dijumpai pada usia diatas 55 tahun. Maka dari itu, diketahui bahwa usia semakin tua semakin besar pula risiko terkena CVA. Hal ini berkaitan dengan proses degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah. Pada orang – orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena adanya plak.

b. Jenis kelamin

Laki – laki lebih cenderung untuk terkena CVA lebih tinggi dibandingkan Wanita, dengan perbandingan 3:1, kecuali pada usia lanjut laki – laki dan Wanita hamper tidak berbeda. Laki – laki yang berumur 45 tahun bila bertahan hidup sampai 85 tahun kemungkinan terkena CVA 25%, sedangkan risiko bagi wanita

hanya 20%. Pada laki – laki cenderung terkena CVA sedangkan wanita lebih sering menderita perdarahan subarachnoid dan kematiannya 2 kali lebih tinggi dibandingkan laki – laki.

c. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat pada keluarga yang pernah mengalami serangan CVA atau penyakit yang berhubungan dengan kejadian CVA dapat menjadi factor risiko untuk terserang CVA juga. Hal ini disebabkan oleh banyak factor, diantaranya factor genetic, pengaruh budaya, dan gaya hidup dalam keluarga, interaksi genetic dan pengaruh lingkungan.

2) Factor resiko CVA hemoragik

Suatu gangguan peredaran darah otak yang di tandai dengan adanya perdarahan intra serebral atau perdarahan subarachnoid. Tanda yang terjadi adalah penurunan kesadaran, pernafasan cepat, nadi cepat, gejala fokal berupa hemiplegi, pupil mengecil, kaku kuduk.

CVA hemoragik, yang merupakan sekitar 15% - 20% dari semua CVA, dapat terjadi apabila lesi vascular intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subarachnoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Beberapa penyebab perdarahan Intraserebrum: perdarahan intraserebrum hipertensif; perdarahan subarachnoid (PSA) pada *rupture aneurisma sakular* (Berry), *rupture malformasi arteriovenal* (MAV), trauma, penyalahgunaan kokain, amfetamin, perdarahan

akibat tumor otak, infark hemoragik, penyakit perdarahan sistemik termasuk terapi antikoagulan (Arisianti, 2022)

2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi CVA antara lain:

1) Kelumpuhan

Kelumpuhan wajah atau kelumpuhan anggota badan sebelah (hemipareis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di area korteks bagian frontal. Kerusakan ini bersifat kontralateral yang artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka terjadi kelumpuhan otot sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan control 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 syaraf otonom dan gangguan syaraf 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) Kehilangan komunikasi

Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adaklah bahasa dan komunikasi. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut :

a. Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara termasuk dalam membaca, menulis, dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik, dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi pada area broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan pembicaraan. Afasia sensorik terjadi pada area wernicke yang terletak pada lobus temporal otak. Pada afasia sensorik pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren. Pada afasia global tidak dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

b. Disartria (bicara cadel atau pelo)

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

c. Gangguan pada area mata

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

d. Disfagia

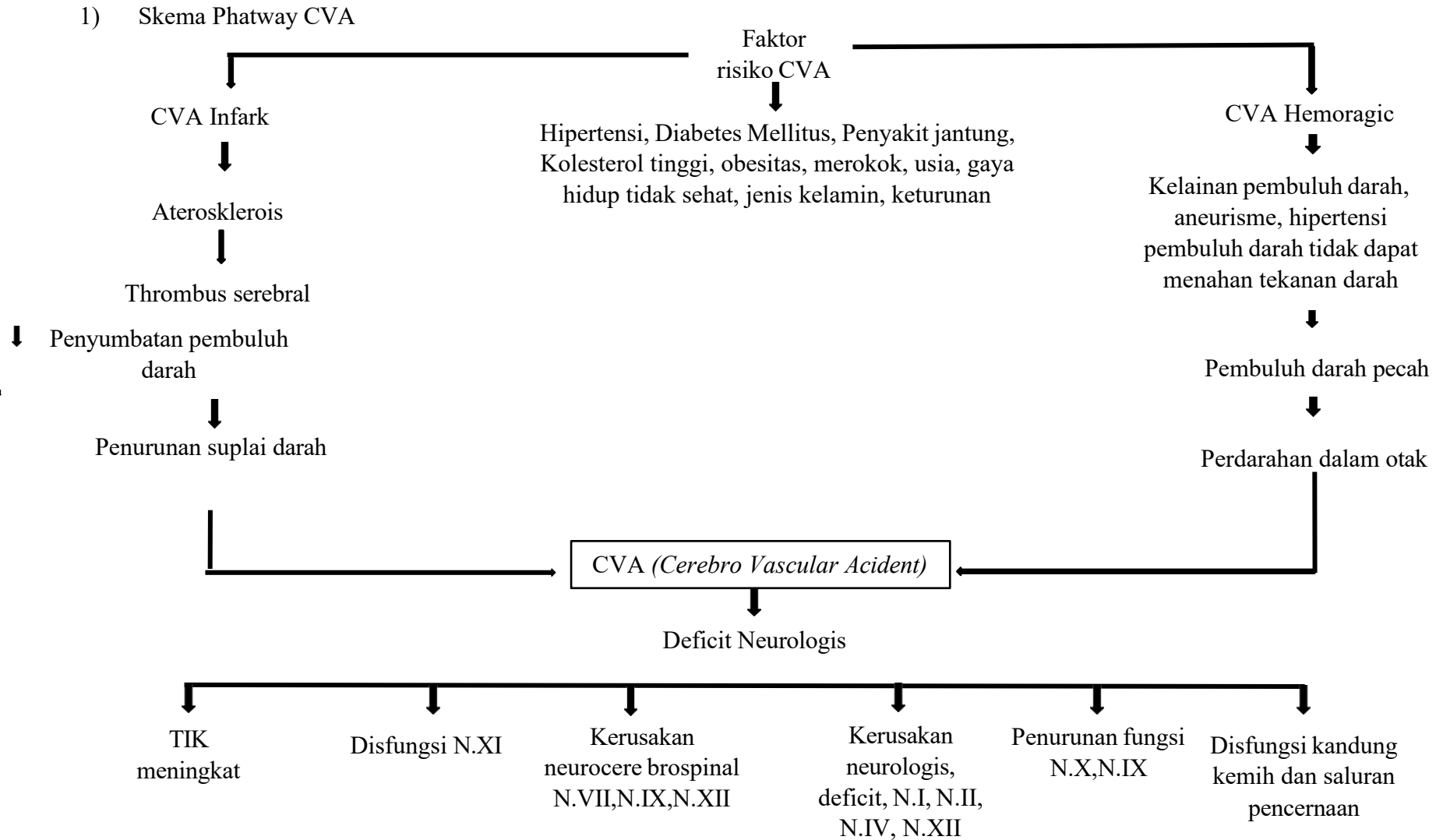
Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan saraf krania IX (glossofaringeus). Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esofagus.

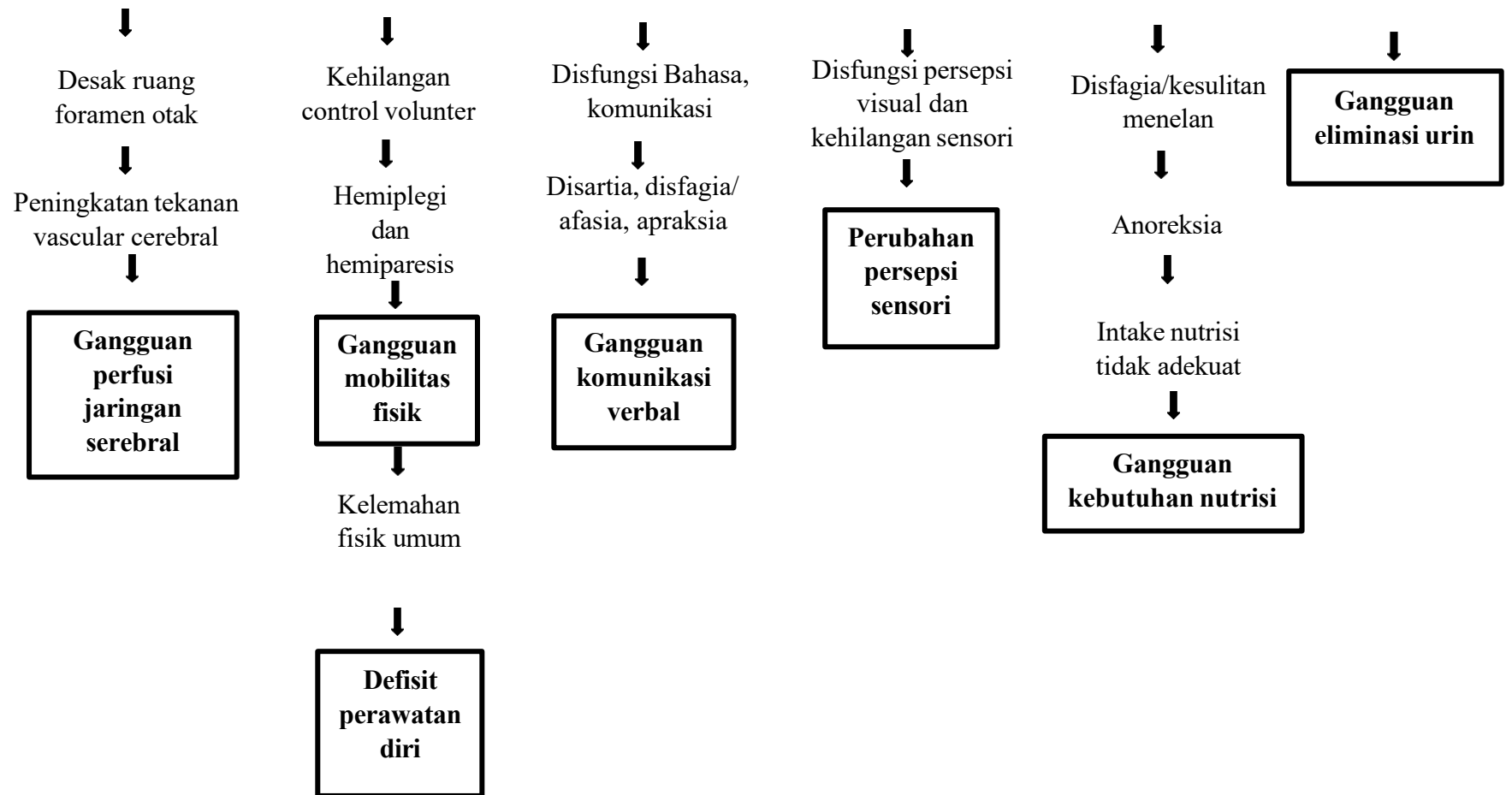
e. Inkontinensia

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

- f. Vertigo, muntah dan nyeri kepala terjadi karena peningkatan tekanan intracranial, edema serebri

2.1.6 Bagan Patofisiologi





Gambar 2.1 Patofisiologi, (NANDA, 2016)

2.1.7 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 Hemoragik. 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. Disfungsi N.XI pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan control volunter atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tersebut, baik kelemahan pada

wajah, lengan, ataupun kaki menimbulkan **Gangguan mobilitas fisik**. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah **Defisit perawatan diri**, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity Daily Living). Kerusakan pada neurocere brospinal N.VII,N.IX,N.XII terjadi kelemahan kontrol otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, disfasia/afasia, disatria (kehilangan kemampuan berbicara) sehingga muncul masalah **Gangguan komunikasi verbal**. Kerusakan neurologis pada N.I, N.II, N.IV, N.XII juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan **Gangguan perubahan persepsi sensori**. Pada saluran pencernaan atas Klien mengalami penurunan fungsi pada N.X, N.IX akibatnya kesulitan menelan atau disfagia sehingga menimbulkan anoreksia, akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah **Gangguan kebutuhan nutrisi** kurang dari kebutuhan. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot sfingter sehingga menimbulkan masalah **Gangguan eliminasi urine**.

2.1.8 Komplikasi

Penyakit CVA adalah suatu penyakit yang akan menyebabkan gangguan fisik pada penderitanya, berikut adalah beberapa penyakit atau beberapa komplikasi yang akan timbul pada beberapa pasien dengan CVA yaitu:

- a) Depresi, ini merupakan dampak yang paling sering ditemukan pada penderita CVA. Tingkat depresi pada pasien CVA tinggi oleh gejala yang dirasakan seperti kelumpuhan yang mengakibatkan menurunnya aktivitas sehari – hari, dan seperti kesulitan dalam berbicara sehingga susah untuk mengungkapkan perasaan.
- b) Darah membeku, perdarahan dapat membeku dapat mudah tumbuh pada daerah yang mengalami kelumpuhan sehingga mengakibatkan bengkak, selain itu darah beku pada perdarahan juga dapat terjadi pada arteri sehingga menyebabkan kesulitan bernafas bila terdapat sumbatan pembuluh darah yang menuju ke paru – paru.
- c) Infeksi, pada pasien CVA yang tidak dapat melakukan mobilisasi dapat mengalami luka pada tubuhnya. Hal ini terjadi bila pada bagian tubuh yang lumpuh tidak digerakkan akan mengalami luka (decubitus).

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan darah lengkap

Darah yang diperiksa antara lain jumlah sel darah merah, sel darah putih, leukosit, trombosit, dan lain – lain.

2) Angiografi serebri

Adalah proses dengan menggunakan sinar-X terhadap sirkulasi serebri setelah zat kontras disuntikkan ke dalam arteri yang dipilih. Juga digunakan untuk menyelidiki penyakit vascular, aneurisma dan malformasi arteriovenal dilakukan sebelum klien menjalani kraniotomi sehingga arteri dan vena serebri terlihat dan untuk menentukan letak, ukuran dan proses patologis. Angiografi

serebri merupakan pilihan terakhir bila dengan pemeriksaan CT scan dan MRI diagnosis masih belum bisa ditentukan.

3) Magnetic Imaging Resonance (MRI)

MRI mampu mendeteksi berbagai kelainan otak dan pembuluh darah otak yang sangat kecil yang tak mungkin dijangkau CT scan. Juga dapat menentukan daerah – daerah mana saja yang rusak oleh CVA iskemik.

4) USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah system karotis)

5) CT-Scan

CT Scan memanfaatkan sinar-X untuk mengambil gambar otak dan kepala. Sinar-X diserap secara berbeda- beda oleh beberapa bagian tubuh. Dari situ nanti akan tergambar jaringan lunak, tulang, pembuluh darah, dan jaringan otak (Wasena, 2019).

2.1.10 Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan umum

a. Pada fase akut

1. Terapi cairan
2. Terapi oksigen
3. Penatalaksanaan peningkatan tekanan intracranial dengan pemberian mannitol, control atau pengendalian tekanan darah.
4. Monitor fungsi pernafasan (Analisa gas darah)
5. Monitor jantung dan tanda – tanda vital, pemeriksaan EKG

6. Evaluasi status cairan dan elektrolit
7. Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri
8. Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan
9. Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan anti koagulan, dan monitor tanda – tanda neurologi seperti kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan reflex.

b. Fase rehabilitas

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

2) 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 hidrosefalus obstruktif akut

3) Terapi obat – obatan

Terapi pengobatan pada CVA :

- a. Pemberian trombolisis dengan rt-PA (*recombinant tissue-plasminogen*)
- b. Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmi jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi.
- c. Terapi antiplatelet
- d. Antiplatelet yang biasa digunakan diantaranya aspirin, clopidogrel.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian data

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan. Hasil dari pengkajian adalah terkumpulnya data, sehingga proses ini sangat penting dalam terkumpulnya data, sehingga proses ini sangat penting dalam akurasi data yang dikumpulkan. Data yang terkumpulkan meliputi : Riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang (test diagnostic, laboratorium).

1) Riwayat kesehatan

Beberapa hal yang harus dikaji dalam Riwayat kesehatan pada gangguan system persarafan diantaranya adalah data umum pasien, keluhan utama pasien, Riwayat penyakit yang lalu dan riwayat kesehatan keluarga.

2) Data umum pasien

Data umum pasien yang perlu dikaji :

- a. Data demografi meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat rumah.

- b. Pekerjaan : jelaskan aktivitas sehari-hari pasien, jenis pekerjaan
- c. Lingkungan : apakah terdapat pencemaran lingkungan seperti bahan kimia, listrik, polusi udara.
- d. Tingkat intelektual : Riwayat Pendidikan, pola komunikasi
- e. Status emosi : Ekspresi wajah, perasaan tentang dirinya, keluarga pemberi pelayanan kesehatan, penerimaan stress dan coping mekanisme
- f. Riwayat pengobatan : obat-obatan yang pernah diberikan (nama, penggunaan, dosis, berapa lama), keadaan setelah pengobatan, alergi obat dan makanan. Kebiasaan minum alkohol, obat-obatan, rokok.
- g. Pelayanan kesehatan : puskesmas, klinik, dokter praktek

3) Keluhan utama

- a. Trauma : urutan kejadian, waktu kejadian, siapa yang menangani, pengobatan yang diberikan, keadaan trauma.
- b. Infeksi akut : kejadian, tanda dan gejala kejang, tempat infeksi, sumber infeksi, penanganan yang sudah diberikan dan responnya.
- c. Kejang : urutan kejadian, karakter dari gejala kejang, kemungkinan factor pencetus, Riwayat kejang, penggunaan obat kejang.
- d. Nyeri : lokasi, kualitas, intensitas, lamanya, menetap atau tidak penanganan sebelumnya.
- e. Gaya berjalan : seimbang, kaki diseret, gangguan aktivitas
- f. Vertigo : kejadian, factor pencetus, mual dan muntah, tinnitus, perubahan kognitif, perubahan penglihatan, nyeri dada.
- g. Kelemahan : kejadian, lamanya, reflek menelan, adakah batuk,

bagaimana jika menelan air atau lebih padat.

4) Riwayat kesehatan yang lalu

- a. Apakah ada trauma : kepala, tulang belakang, spinal cord, trauma lahir, trauma saraf
- b. Apakah ada kelainan kongenital, deformitas/kecacatan
- c. Adakah penyakit CVA
- d. Adakah gangguan kardiovaskuler : hipertensi, aneurisma, disritmia, pembedahan jantung, tromboemboli
- e. Adakah ensefalitis dan meningitis

5) Riwayat keluarga

Epilepsy dan kejang, nyeri kepala, retardasi mental, CVA, gangguan psikiatri, penggunaan alkohol, rokok dan obat – obatan terlarang, penyakit keturunan : DM, muscular distropi.

6) Riwayat psikososial dan spiritual

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 tata nilai dan kepercayaan, Klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh.

7) Pola – pola fungsi kesehatan

- a. Pola pemenuhan nutrisi

Pada Kliendengan CVA terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi, dan tenggorokan, disfagia dan kesulitan untuk menelan. Adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah.

b. Pola eliminasi

Pada Kliendengan CVA didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontensia urin, anuria, distansi abdomen (distansi kemih berlebih) dan bising usus negatif (ileus paralitik).

c. Pola aktivitas dan latihan

Pada Kliendengan CVA adanya kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia) dan merasa mudah lelah.

d. Pola tidur dan istirahat

Biasanya Klienmengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot.

e. Pola hubungan dan peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena Klienmengalami kesukaran untuk berkortumikasi akibat gangguan bicara.

f. Pola persepsi dan konsep diri

Klienmerasa tidak berdaya, perasaan putus ada, emosi yang labil dan kesulitan mengekspresikan diri.

g. Pola sensori dan kognitif

Pada pola *sensori* Klienmengalami gangguan penglihatan kekabutan

paralisan, perabotan/sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir.

h. Pola reproduksi/ seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat beberapa pengobatan CVA, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamine.

i. Pola penanggulangan stress

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi, merasa tidak berdaya dan perasaan putus asa.

j. Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

8) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum dengan Klien CVA biasanya mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu kesulitan dalam bicara, bicara cadel/pelo, terjadi kelemahan tubuh di salah satu sisi. Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi.

a. Kepala : bentuk kepala *normocephalik*

b. Muka : Umumnya pada muka tidak simetris, (ketidaksimetrisan muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh pada *nervus facialis*)

c. Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun).

- d. Hidung: Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.
- e. Telinga: Biasanya pendengaran ada *tinnitus* (bunyi berdenging/ berdesis pada telinga).
- f. 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.
- g. Pemeriksaan paru-paru
 - 1. Inspeksi : Sering kali pada pasien CVA didapatkan pasico batuk, peningkatan reproduksi sputum, sesak napas. penggunaan otot banta nafas, dan peningkatan frekuensi nafas. Pada Kliendengan tingkat kesadaran *Composmentis* tidak ada kelainan.
 - 2. Palpasi : Didapatkan taktil vremitus seimbang kanan dan kiri.
 - 3. Perkusi : Didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri
 - 4. Auskultasi : Pada Kliendengan tingkat kesadaran composmentis tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada, Kliendengan pentunanan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapat bunyi nafas, tambahan sepeti ronkhi karena kemampuan batuk yang menurun sehingga produksi secret meningkat.
- h. Pemeriksaan jantung
 - 1. Inspeksi: *lctus cordis* tidak nampak
 - 2. Palpasi: Terba *ictus cordis* pada ICS V *linea midclavicularis sinistra*

3. Perkusi: Suara jantung pekak
Au

4. skultasi : Irama jantung ireguler, terdengar suara jantung I dan II,
murmur atau gallop.

i. Abdomen

1. Inspeksi : Ada pernafasan perut (pernafasan diafragma).
2. Auskultasi Terjadi penurunan *peristaltic* (normalnya 5-35x/menit)
3. Palpasi : Teraba massa karena konstipasi, nyeri tekan tidak ada.
4. Perkusi : Suara thympani sampai hiperthympani, kadang terdapat kembung.

j. Pemeriksaan genetalia dan anus

Pada Kliendengan CVA didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontensia urin, anuria, distansi abdomen (distansi kemih berlebih) dan bising usus negatif (ileus paralitik).

k. Pemeriksaan Integument

1. Kulit: jika Klienkekurangan 02 kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek (kembali >2 detik).
Disamping itu perlu juga dikaji tanda-tanda decubitus terutama pada daerah yang menonjol karena KlienCVA harus bed rest.
2. Kuku: perlu dilihat adanya *clubbing finger*, cyanosis.

l. Pemeriksaan muskulokeletal

Amati adanya pembengkakan atau edema dan pergerakan sendir, sering didapatkan kelumpuhan pada salat satu sisi tubuh.

m. Pemeriksaan reflek

1. Reflek fisiologis seperti reflek bisep, trisep, brakioradialis, patella,

Achilles.

2. Reflek patologis seperti reflek plantar (Babinski) dan chaddock mengalami abnormalitas pada sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan.

Pada fase akut, reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. setelah beberapa hari refleksi fisiologis akan muncul kembali didahului dengan reflek patologis.

n. Pemeriksaan neurologi

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 *sic douloureux* yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari *nervus trigeminus*.
6. Nervus 6 *Abdusen*: Kelainan pada paralisis nervus abdusen

menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit tereduksi 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 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. *Vestibulokoklearis*: Kelainan pada nervus vestibulokoklearis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (*vertigo*).
9. Nervus 9 *Glosfaringikus* dan nervus 10 *Vagus* Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus *glosfaringikus* 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 menjadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru.
10. Nervus 11 *Assesorius*: Gangguan pada nervus assesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot *trapezius*) dan otot leher (otot *sterokleidomastoideus*). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral.

Kelainan pada nervus *assessorius* dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot *trapezius* dan otot *sterokleidomastoideus* 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 dijulurkan. Saat istirahat lidah membelok ke sisi yang sehat di dalam mulut.

o. Pemeriksaan penunjang

1. Hasil rontgen kepala dan medula spinalis
2. *Electo Encephalogram*
3. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI): untuk menunjukkan area yang mengalami hemoragik.
4. Lumbar fungsi
5. Pemeriksaan foto thorak: dapat memperlihatkan keadaan jantung. apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda *hipertensikronis* pada penderita *CVA*.
6. Pemeriksaan kimia darah pada *CVA* akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan

kemudian berangsur-angsur turan kembali.

2.2.2 Analisa data

Menurut Mahyar (2011) analisa data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan kousep, reon dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien. Data yang ada kemudian dikumpulkan dan dikelompokkan sesuai masalahnya untuk kemudian dianalisa sehingga menghasilkan kesimpulan berupa masalah keperawatan yang pada akhirnya menjadi diagnose keperawatan.

2.2.3 Diagnosa keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan suatu penelitianklinis mengenai respon Klienterhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di dalaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2018). Berikut diagnosa keperawatan pada Klien CVA menurut (SDKI, 2017) :

- 1) Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial, gangguan aliran darah ke otak, perdarahan, edema serebral (Tarwoto, 2015).

Subjektif	Objektif
1. Klien mengatakan nyeri kepala	2. Gangguan status mental, penurunan kesadaran, perubahan tanda vital, penurunan fungsi memori, perubahan perilaku, perubahan respon motorik, kelemahan atau paralisis.

- 2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atu menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

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

Tabel 2.3 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1. Menolak melakukan perawatan diri	1. Tidak mampu mandi / mengenakanpakaian / makan/ ke toilet / berhiassecara mandiri
	2. Minat melakukan perawatan diri kurang

Tabel 2.4 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

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

Penyebab :

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

Kondisi Klinis :

- a) Stroke, parkinson, mobius Syndrome, cerebral palsy, cleft lip, cleft palate, amyotrophic lateral sclerosis, kerusakan neuromuskular, luka bakar, kanker, infeksi, AIDS, penyakit Crohn's, enterokolitis, fibrosis kistik.

4) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

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

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebral
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskulosekuler
- e) Kelainan platum
- f) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidotomi)
- g) Hambatan individu (mis. Gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- h) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- i) Hambatan lingkungan (ketidak cukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidak sesuaian budaya, bahasa asing).

Tabel 2.5 Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	Tidak mampu berbicara ataumendengar
	Menunjukkan respon tidak sesuai

Tabel 2.6 Gejala dan Tanda Minor

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

5) Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)Penyebab :

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

Tabel 2.7 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.8 Tanda dan Gejala Minor

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

6) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040)Penyebab :

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

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

Tabel 2.9 Gejala dan Tanda Mayor

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

Tabel 2.10 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

7) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Penyebab :

- a) Kerusakan integritas struktus tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) tidakbugaran fisik d) Penurunan kendali otot
- p. Penurunan masa otot
 - e) Penurunan kekuatan otot
 - f) Keterlambatan perkembangan
 - g) Kekakuan sendi

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

Tabel 2.11 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.12 Tanda dan Gejala Minor

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

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah proses kegiatan mental yang memberi pedoman atau pengarahan secara tertulis kepada perawat atau anggota tim kesehatan lainnya tentang intervensi atau tindakankeperawatan yang akan

dilakukan pada klien. Rencana keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan klien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan Klien secara spesifik (Manurung, 2011). Kriteria hasil menurut (Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019) dan Intervensi keperawatan menurut (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia),

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Gangguan Perfusi Serebral Tidak Efektif Setelah dilakukan tindakan keperawatan berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.00017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi jaringan otak dapat tercapai secara normal dengan kriteria hasil : 1) Klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik dan motorik. 2) Tanda-tanda vital stabil. 3) Peningkatan TIK tidak ada 4) Gangguan lebih lanjut tidak terjadi	1. Bina hubunga saling percaya 2. Kaji status neurologic (TIK) 3. Kaji tingkat kesadaran dan GCS 4. Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata 5. Kaji reflek kornea dan gag 6. Evaluasi keadaan motoric dan sensori pasien 7. Monitor tanda-tanda vital 8. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur 9. Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas 10. Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk/fleksi 11. Anjurkan pasien untuk tidak menekuk lututnya, batuk, bersin, feses yang keras atau mengejan 12. Pertahankan suhu normal	1. Agar klien percaya dengan tindakan yang diberikan 2. Menentukan perubahan deficit neurologic lebih lanjut 3. Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi 4. Mengetahui fungsi N II dan III 5. Menurunnya refleks kornea dan refleks gag indikasi kerusakan batang otak 6. Gangguan motorik dan sensori dapat terjadi akibat edema otak 7. Adanya perubahan tanda-tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak 8. Bradikardia dapat diakibatkan adanya gangguan otak, murmur dapat terjadi pada gangguan jantung

-
- | | |
|---|--|
| 13. Monitor kejang dan berikan obat anti kejang | 9. Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali |
| 14. Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas pasien seminimal mungkin | 10. Memfasilitasi drainasi vena dari otak |
| 15. Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik | 11. Dapat meningkatkan tekanan intracranial |
| 16. Monitor AGD, PaCO ₂ antara 35-45mmHg dan PaO ₂ >80 mmHg | 12. Suhu tubuh yang meningkat akan meningkatkan aliran darah ke otak sehingga meningkatkan TIK |
| 17. Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping | 13. Kejang dapat terjadi akibat iritasi serebral dan keadaan kejang. |
| 18. Bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostic | 14. Menimbulkan stimulus sehingga menurunkan TIK |
| | 15. Mempertahankan adekuatnya oksigen, suction, dapat meningkatkan TIK |
| | 16. Karbondioksida menimbulkan vasodilatasi, adekuatnya oksigen sangat penting dalam mempertahankan metabolisme otak |
| | 17. Meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah kloting |
-

18. Pasien stroke perlu
pemeriksaan lanjutan
untuk menen

2. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan neuromaskular (D.0109)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam terjadi perilaku peningkatan perawatan diri	Observasi : 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat kemandirian 2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik : 3) Untuk mengetahui kebutuhan alat kebersihan yang diperlukan 4) Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 4) Untuk memudahkan melakukan perawatan diri 5) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 5) Dengan adanya dukungan dari keluarga maka Klien merasa senang 6) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6) Untuk melatih kemampuan Klien dalam perawatan diri 7) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi : 8) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsistensi sesuai kemampuan
---	--	--

3.	Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dan mengunyah	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan Klien mampu memenuhi kebutuhan nutrisi. Dengan kriteria hasil : 1) Intake makanan adekuat 2) Anemis tidak ada 3) Berat badan ideal 4) Tanda tanda vital normal 5) Hb dan tanda albumin normal 6) Lingkar pasien normal	Observasi : 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 3) Monitor berat badan 4) Identifikasi makanan yang disukai Terapeutik : 5) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 6) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 7) Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori Edukasi : 8) Anjurkan posisi duduk, jika mampu 9) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : 10) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
----	--	---	---

4. Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromaskular (D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan kemampuan berbicara membaik dengan kriteria hasil : 1. Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal 2. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar 3. Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain	1. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara 2. Pertahankan kotak mata dengan pasien saat berkomunikasi 3. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi 4. Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh 5. Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara 6. Berikan respon terhadap perilaku non verbal 7. Konsultasikan dengan terapis wicara	1. Mengidentifikasi masalah komunikasi karena gangguan bicara atau gangguan bahasa 2. Pasien dapat memperhatikan ekspresi dan gerakan bibir lawan bicara sehingga dapat mudah menginterpretasikan 3. Membantu menciptakan komunikasi yang efektif 4. Memudahkan penerimaan pasien 5. Dengan membaiknya bicara percaya diri akan meningkatkan dan meningkatkan motivasi untuk memperbaiki bicara 6. Menunjukkan adanya respon dan rasa empati terhadap pasien 7. Penanganan lebih lanjut dengan teknik khusus
--	--	---	--

5.	Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Klien mampu mempertahankan fungsi sensori dengan kriteria hasil : 1) Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi persepsi 2) Mendemonstrasikan tingkah laku untuk mengkompensasikan kekurangan	Observasi : 1) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 2) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan 3) Monitor tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit, suhu, sensasi dan kondisi secara berkala Terapeutik : 4) Pertahankan lingkungan yang aman 5) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol emosi 6) Jadwalkan aktivitas dan jadwal harian 7) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori Edukasi : 8) Anjurkan melakukan distraksi (mis.
----	--	---	--

mendengarkan musik,
melakukan aktivitas dan
teknik relaksasi)

- 9) Ajarkan cara
meminimalisasi
stimulus

Kolaborasi :

- 10) Kolaborasi
dalam meminimalkan
prosedur/tindakan

- 11) Kolaborasi
pemberiaan
obat yang
mempengaruhi
persepsi stimulus

- 12) Kolaborasi
pemberian
obat antipsikotik dan
antiansietas, jika
perlu
-

6.	Gangguan eliminasi Urine berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi, kognitif, kerusakan komunikasi (D.0040)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan Klien mampu bak dengan normal dengan kriteria hasil : 1) Pola BAK normal 2) Pasien dapat berkomunikasi sebelum BAK 3) Kulit bersih dan kering 4) Terhindar dari infeksi	Observasi : 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinesia urine 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinesia urine 3) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna) Terapeutik : 4) Catat waktu-waktu dan haluan berkemih 5) Batasi asupan cairan, jika perlu Edukasi : 6) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 7) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih 8) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi Kolaborasi :	1) Untuk mengetahui tanda dan gejala retensi atau inkontinesia urine 2) Untuk mengetahui faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinesia urine 3) Untuk mengetahui frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna urin Supaya mengetahui tanda dan gejala infeksi saluran kemih
----	--	---	---	--

			9) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu	
7.	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan himeperise/hemiplegia (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka Klien mampu meningkatkan aktivitas fisik pada sisi tubuh yang mengalami kelemahan, dengan kriteria hasil:	1. Kaji kemampuan motorik 2. Ajarkan pasien untuk melakukan ROM minimal 3x sehari bila mungkin 3. Bila Klien di tempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh 4. Kaji daerah yang tertekan termasuk warna, edema atau tanda lain gangguan sirkulasi 5. Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak 6. Lakukan massage pada daerah tertekan 7. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi 8. Kolaborasi stimulasi elektrik	1. Mengidentifikasi kekuatan otot, kelemahan motoric 2. Latihan ROM meningkatkan massa tonus, kekuatan otot, perbaiki fungsi jantung dan pernafasan 3. Mencegah footdrop, mencegah kontraktur fleksi bahu, mencegah edema dan kontraktur fleksi pada pergelangan 4. Daerah yang tertekan mudah sekali terjadi trauma 5. Membantu mencegah kerusakan kulit

	9. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur anti dekubitus	6. Membantu memperlancar sirkulasi darah
		7. Mengembangkan program khusus
		8. Membantu memulihkan kekuatan otot dan meningkatkan control volunter
		9. Mencegah adanya luka pada daerah yang tertekan

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi adalah tahap melakukan rencana yang telah dibuat pada pasien. Adapun kegiatan yang ada dalam tahap implementasi meliputi : pengkajian ulang, memperbaharui data dasar, meninjau dan merevisi rencana asuhan yang telah dibuat, dan melaksanakan intervensi keperawatan yang telah direncanakan.

2.2.6 Evaluasi

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terancang tentang kesehatan pasien, dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara erkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya (Suparyanto, 2013). Hasil yang diharapkan pada evaluasi pasien CVA non hemoragik meliputi :

- 1) Mencapai peningkatan mobilisasi
 - a. Kerusakan kulit terhindar, tidak ada kontraktur dan footdrop
 - b. Berpartisipasi dalam program latihan
 - M
 - c. encapai keseimbangan saat duduk
 - P
 - d. enggunaan sisi tubuh yang tidak sakit untuk konpensasi hilangnya fungsi pada sisi yang hemiplegia
 - Da
- 2) pat merawat diri dalam bentuk perawatan kebersihan dan menggunakan adaptasi terhadap alat-alat,
- 3) Adanya peningkatan komunikasi
 - a. Anggota keluarga memperlihatkan tingkah laku yang positif dan menggunakan mekanisme koping
 - b. Tidak terjadi komplikasi

4) Tekanan darah dan kecepatan jantung dalam batas normal untuk pasien

5) Pada saat akan melakukan pendokumentasian, menggunakan SOAP, Yaitu :

S : Data subyektif merupakan masalah yang diutarakan klien

O : Data obyektif merupakan tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan diagnose keperawatan

A : Analisis dan diagnose

P : Perencanaan merupakan pengembangan rencana untuk yang akan datang dari intervensi.

2.2.7 Dokumentasi

Dokumentasi didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. Pengisian dokumentasi keperawatan yang tidak memenuhi standar dapat berakibat pada terjadinya kesalahan diagnosa dan pemberian tindakan yang tidak tepat kepada pasien. Selain itu dokumentasi keperawatan merupakan bukti hukum yang dapat dipergunakan untuk mendukung perawat ketika menghadapi permasalahan hukum. Pendokumentasian berguna bagi rumah sakit dalam meningkatkan standar akreditasi, sebagai alat komunikasi antar profesi, indikator pelayanan mutu, bukti tanggung jawab, dan tanggung gugat perawat, sumber data dan sebagai sarana penulisan. Dokumentasi keperawatan berisi hasil aktivitas keperawatan yang dilakukan perawat terhadap klien, mulai dari pengkajian hingga evaluasi.