

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Stroke Iskemik

2.1.1 Definisi

Stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah ke bagian otak. Stroke adalah kumpulan gejala klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi serebral lokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam atau mengarah ke kematian (Sari & Retno, 2019).

Stroke Iskemik adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak (Caplan, 2020). Stroke iskemik atau stroke non-hemoragik terjadi ketika arteri tersumbat dengan gumpalan darah atau plak dan menahan darah mengalir ke otak. Hal ini dapat menyebabkan kecacatan serius atau bahkan sampai kematian. Penyumbatan yang terjadi hanya dalam waktu singkat menyebabkan TIA yang menyebabkan cedera otak permanen (Assosiation, 2021).

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Stroke diklasifikasikan sebagai berikut (Israr, 2020):

- 1) Berdasarkan Kelainan Patologis

a) Stroke Hemoragik, yaitu pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan keluarnya darah ke jaringan parenkim otak, ruang cairan serebrospinalis di sekitar otak atau kombinasi keduanya. Perdarahan tersebut menyebabkan gangguan serabut saraf otak melalui penekanan struktur otak dan juga oleh hematoma yang menyebabkan iskemia pada jaringan sekitarnya. Peningkatan tekanan intracranial pada gilirannya akan menimbulkan herniasi jaringan otak dan menekan batang otak (Price, 2021).

(1) Pendarahan intra serebral

(2) Pendarahan ekstraserebral

b) Stroke Non Hemoragik (stroke iskemik, infark otak, penyumbatan)

(1) Stroke akibat trombosis serebri

(2) Emboli serebri

(3) Hipoperfusi sistemik

2) Berdasarkan waktu terjadinya

a) Transient Ischemic Attack (TIA)

b) Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RIND)

c) Stroke In Evolution (SIE) / Progressing Stroke

d) Completed stroke

3) Berdasarkan lokasi lesi vasikuler

a) Sistem karotis

(1) Motorik : hemiparese kontralateral, disartria

- (2) Sensorik : hemihipestesi kontralateral, parestesia
- (3) Gangguanvisual : hemianopsia homonim kontralateral, amaurosis fugaks
- (4) Gangguan fungsi luhur : afasia, agnosia

b) Sistem vertebrobasilar

- (1) Motorik: hemiparese alternans, disartria
- (2) Sensorik: hemihipestesi alternans, parestesia
- (3) Gangguan lain: gangguan keseimbangan, vertigo, diplopia

2.1.3 Etiologi

Stroke adalah penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak terhenti sebagian atau seluruhnya, 80% stroke adalah stroke iskemik. Stroke non hemoragik terbagi menjadi tiga jenis, yaitu:

- 1) Stroke Trombotik : proses pembentukan trombus, yang membentuk embolus.
- 2) Stroke Emboli : Penyumbatan pembuluh darah akibat pembekuan darah.
- 3) Hipoperfusi sistemik : penurunan aliran darah ke seluruh bagian tubuh akibat gagal jantung.

Faktor penyebab stroke :

- 1) Faktor yang tidak dapat diubah (irreversible) :
 - a) Secara seksual: Pria lebih banyak menderita stroke daripada wanita.

- b) Usia: Semakin tua usia, semakin tinggi risiko stroke.
 - c) Keturunan: Ada riwayat stroke dalam keluarga.
- 2) Faktor yang dapat dimodifikasi (reversibel) :
- a) Tekanan darah tinggi
 - b) Penyakit jantung
 - c) Kolesterol Tinggi
 - d) Obesitas
 - e) Diabetes mellitus
 - f) Polisitemia
 - g) Stres emosional
- 3) Gaya hidup :
- a) Merokok
 - b) Peminum alkohol
 - c) Obat terlambat
 - d) Kegiatan sakit : Kurang olahraga, makanan yang mengandung kolesterol.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi Klinis stroke menurut Price (2020) adalah :

1) Defisit Lapang Penglihatan

Homonimus hemianopsia, merupakan kehilangan sebagian lapang penglihatan, pada keadaan ini seseorang tidak menyadari adanya orang ataupun objek ditempat tersebut, dan mengalami masalah dalam menilai jarak, kemudian Kesulitan penglihatan perifer, Seseorang

dengan keadaan ini akan mengalami kesulitan dalam melihat pada malam hari, tidak bisa merasakan atau menyadari obyek atau benda disekitarnya dan Diplopia Penglihatan ganda.

2) Defisit Motorik

a) Hemiparese

Suatu keadaan dimana salah satu sisi tubuh mengalami paralisis atau kelemahan, yang bisa terjadi pada kelemahan pada wajah, bagian sisi kanan atau pada sisi kiri tubuh seperti lengan dan kaki pada satu sisi yang sama.

b) Ataksia

Pada keadaan ini seseorang yang mengalami ataksia akan terlihat apabila berjalan tidak tegap (tegak), perlu tempat berdiri yang luas dan tidak bisa untuk menyatukan kedua kakinya.

c) Disartria, Kesulitan membentuk dalam kata.

d) Disafagia, Kesulitan dalam menelan.

e) Defisit Verbal

(1) Afasia Ekspresif Yaitu dalam keadaan ini seseorang mengalami kesulitan dalam berbicara atau membentuk kata yang sulit untuk dipahami, mampu berbicara dengan satu kata saja.

(2) Afasia Reseptif, Pada keadaan ini kesulitan untuk memahami setiap kata yang diucapkan, hal yang dibicarakan tidak masuk

akal, seseorang dengan afasia reseptif hanya mampu berbicara saja.

(3) Afasia Global yaitu terdiri dari persatuan baik afasia ekspresif dan afasia reseptif.

f) Defisit Kognitif

Pada keadaan ini seseorang dengan defisit kognitif akan mengalami kehilangan memori jangka panjang dan pendek, konsentrasi yang terganggu dan mengalami gangguan dalam penilaian.

2.1.5 Komplikasi Stroke

Menurut (Ariana, 2020) komplikasi dapat terjadi pada pasien stroke:

1) Hipoksia serebral

Fungsi otak tergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirim ke jaringan. Hipoksia serebral diminimalkan dengan pemberian oksigen, dan mempertahankan hemoglobin dan hematokrit pada tingkat yang dapat diterima membantu menjaga oksigenasi jaringan.

2) Penurunan aliran darah otak

Aliran darah ke otak tergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah otak. Hidrasi yang memadai (cairan intravena) harus memastikan penurunan viskositas darah dan meningkatkan aliran darah otak. Hipertensi atau hipotensi ekstrem

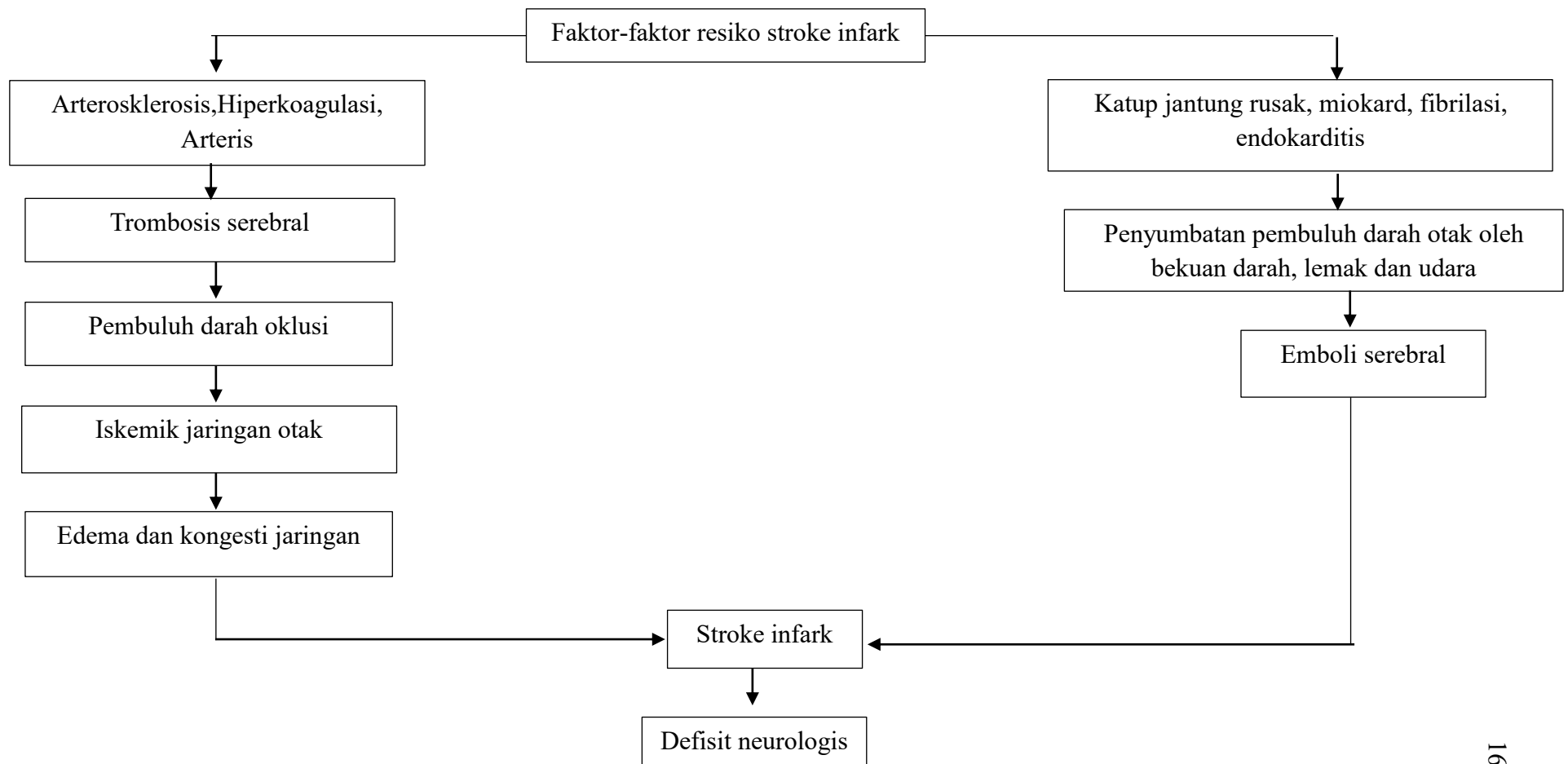
harus dihindari untuk mencegah perubahan aliran darah otak dan kemungkinan perluasan area cedera.

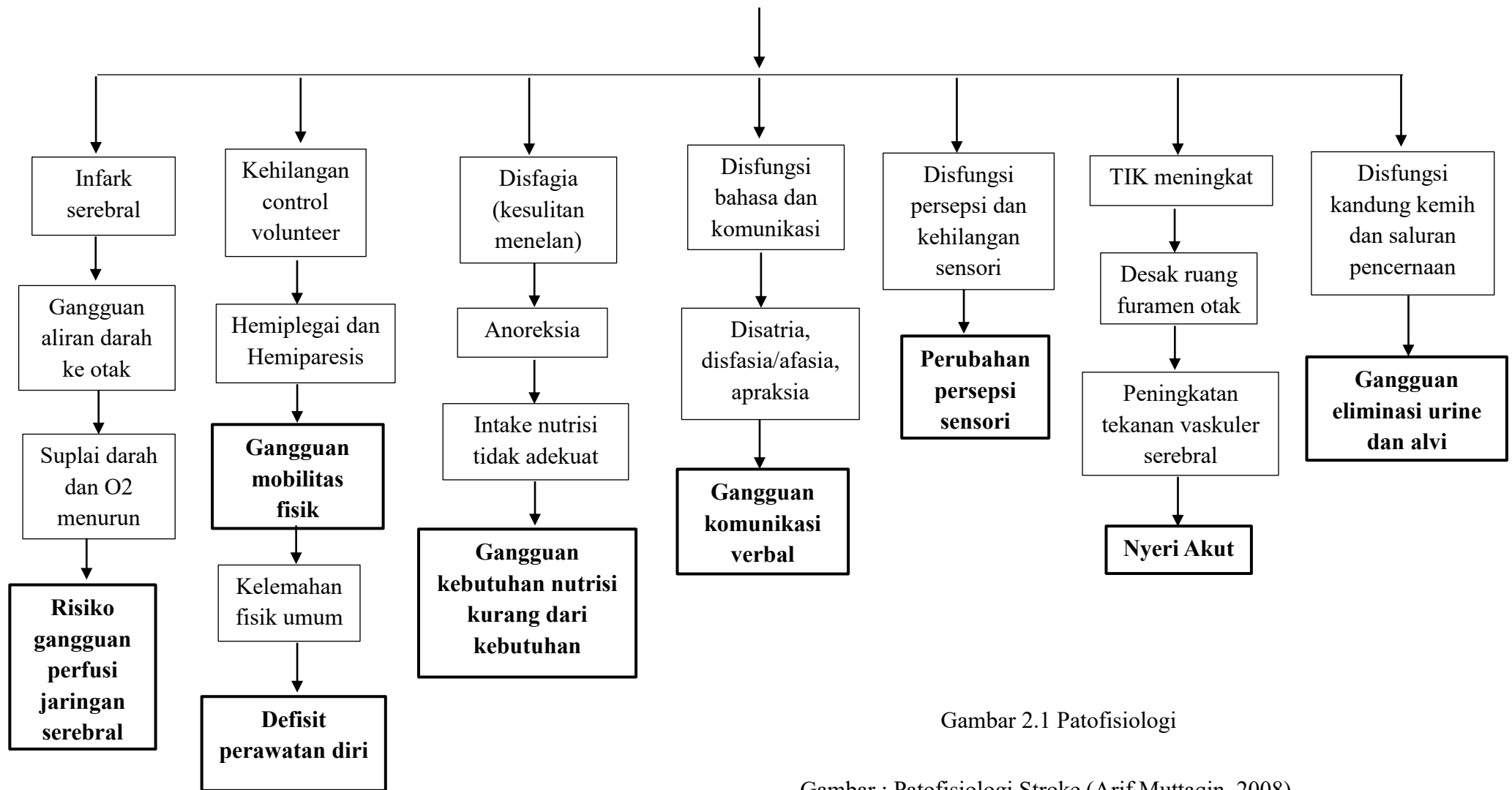
3) Emboli serebral

Ini dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau katup jantung prostetik. Emboli mengurangi aliran darah ke otak dan selanjutnya mengurangi aliran darah ke otak. Aritmia dapat menyebabkan curah jantung yang tidak konsisten dan henti 14 rombus lokal. Selain itu, aritmia jantung dapat menyebabkan emboli serebral dan harus diperbaiki.

2.1.6 Patofisiologi

1) Skema





Gambar 2.1 Patofisiologi

Gambar : Patofisiologi Stroke (Arif Muttaqin, 2008)

1) Uraian

Faktor-faktor penyebab terjadinya stroke diantaranya dapat berasal dari plak arterosklerosis akibat pola hidup yang tidak sehat seperti mengonsumsi makanan yang mengandung kolesterol atau tinggi lemak yang lama kelamaan menebal pada dinding pembuluh darah yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemia jaringan otak (penurunan suplai darah), edema dan kongesti jaringan di sekitar area. Emboli disebabkan karena adanya udara, lemak ataupun bekuan darah yang terbawa oleh aliran darah dan berakibat penyumbatan pada pembuluh darah di otak. Kedua faktor tersebut dapat menimbulkan defisit neurologis (saraf-saraf) di otak, diantaranya infark serebral yang 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 vaskular serebral dan menimbulkan nyeri kepala sehingga muncul masalah **nyeri akut**.

Pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan kontrol volunter atau kelemahan otot-otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tubuh tersebut, baik kelemahan

pada wajah, lengan ataupun kaki sehingga muncul masalah **gangguan mobilitas fisik**. Jika terjadi kelemahan fisik 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 **kerusaakan komunikasi verbal**. Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan gangguan **perubahan persepsi sensori**.

Pada saluran pencernaan atas mengalami kesulitan menelan atau disfagia sehingga menimbulkan anoreksia, akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah **gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan**. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot sfingter sehingga menimbulkan masalah **gangguan eliminasi urin**

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Wijaya & Putri (2019) dalam (Syamsuddin & Riyana (2023) penatalaksanaan stroke sebagai berikut

A. Penatalaksanaan Umum :

- 1) Posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Boleh dimulai mobilisasi bertahap bila hemodinamika stabil
- 2) Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigenasi 1-2 liter/menit bila ada hasil AGD
- 3) Kosongkan kandung kemih dengan kateter bila penuh
- 4) Kontrol tekanan dipertahankan normal darah
- 5) Suhu tubuh harus dipertahankan, apabila demam kompres dan berikan antipiretik sesuai indikasi
- 6) Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik bila terdapat gangguan menelan atau pasien yang keasadaran menurun dianjurkan pasang NGT Mobilitas dan rehabilitas dini jika tidak ada kontra indikasi.

B. Penatalaksanaan Medis :

Trombolitik, Antiplatelet atau antipolitik, Antikoagulan (Heparin), Hemorrhagea, Antagonis serotonin, Antagonis Calcium. (Batticaca, 2012)

C. Penatalaksanaan Non Farmakologis

a. Latihan *ROM Aktif*

ROM aktif merupakan gerak isotonic (terjadi kontraksi dari pergerakan otot) yang dilakukan Pasien dengan menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai dengan rentang gerakan yang normal.

b. Latihan *ROM Pasif*

ROM pasif merupakan latihan pergerakan perawat atau petugas lain yang menggerakkan persendian Pasien sesuai dengan rentang gerakanya.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk pasien stroke menurut Tarwoto (2013) dalam Kusyani (2022), yaitu:

1) CT scan

Diagnosis stroke dikonfirmasi dengan bantuan pencitraan otak. Pemindaian CT scan kepala non-kontras merupakan pemeriksaan yang cepat dan aman. Pada fase akut, perdarahan terlihat jelas sebagai area yang hiperdens (putih). Gambaran ini tetap dapat muncul selama sekitar 72 jam dari serangan stroke. Pada hari ke-10, area perdarahan akan menjadi hipodens (terlihat lebih gelap dari jaringan normal). Pada stroke iskemik, zona hipodens yang terbatas tegas muncul. Namun selama beberapa jam pertama terutama pada 6 jam pertama, stroke iskemik mungkin tidak akan tampak pada CT scan. Oleh sebab itu pada kasus yang dicurigai stroke iskemik pada jam-jam awal kejadian sebaiknya dilakukan pemeriksaan MRI.

2) MRI scan

MRI scan adalah metode pencitraan otak pilihan pada stroke karena lebih sensitif dalam mendeteksi iskemia dini dan memungkinkan untuk membedakan antara iskemia lama dan baru.

3) Ultrasonografi dupleks karotis

Stenosis arteri karotis dapat menyebabkan stroke. Hal ini sering dicurigai ketika pasien datang dengan gejala yang menunjukkan oklusi arteri serebral tengah atau anterior. Cara paling umum untuk mendiagnosis stenosis karotis adalah menggunakan ultrasonografi dupleks karotid, yang merupakan prosedur yang dapat ditoleransi dengan baik dan non-invasif. Angiografi resonansi magnetik dan angiografi CT juga dapat digunakan dalam skrining dan penilaian stenosis karotis.

4) Pemeriksaan tambahan

Selain pemeriksaan umum yang meliputi tekanan darah, elektrokardiogram (EKG), urea dan elektrolit, glukosa darah, kolesterol, hitung darah lengkap, tingkat sedimentasi eritrosit, fungsi tiroid dan penanda inflamasi, dan lainnya disesuaikan kondisi spesifik setiap pasien.

2.1.9 Komplikasi CVA Infark

Stroke 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).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan *CVA Infark*

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis, berkesinambungan, yang meliputi tindakan yang mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok, baik yang aktual maupun yang potensial kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta

mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan (Polopandang & Hidayah, 2019).

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan yang sistematis, berurutan, berkelanjutan/berkesinambungan dimulai dari pengumpulan data, menentukan masalah keperawatan, menyusun desain rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan dan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan dan mengevaluasi keberhasilan. Proses keperawatan merupakan metode yang digunakan dalam memberikan asuhan kepada pasien. Sasaran asuhan yang diberikan dapat individu, kelompok, keluarga, masyarakat, baik sehat maupun sakit. Oleh karena itu maka masalah yang menjadi perhatian pada asuhan keperawatan adalah sedang terjadi, atau beresiko terjadi, maupun masalah yang positif. Area asuhan dapat berupa promotif, preventif, dan rehabilitative (Walid, 2019, Dalam KTI Renanda).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahapan utama dari keseluruhan proses keperawatan yang tujuannya adalah mengumpulkan data pasien. Agar mampu mengidentifikasi masalah pasien, kebutuhan kesehatan dan keperawatan baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. (Sinulingga, 2019). Pengkajian yang harus dilakukan yaitu :

1) Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, (umumnya terjadi pada usia 60 tahun ke atas), agama, jenis kelamin, pendidikan, alamat, jam masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosis medis. (Kusyani, 2022).

2) Keluhan Utama

Biasanya keluhan yang didapatkan pada pasien stroke adalah kelemahan anggota gerak separuh badan, nyeri kepala, berbicara tidak lancar, ketidakmampuan berkomunikasi dan penurunan kesadaran. (Kusyani, 2022).

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung mendadak, terjadi pada saat pasien melakukan aktivitas, setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari dan tidak terjadi perdarahan. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lainnya. (Kusyani, 2022).

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, merokok dan obesitas. (Kusyani, 2022).

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Pada pasien stroke biasanya mempunyai riwayat keluarga yang menderita diabetes melitus, hipertensi, atau adanya riwayat stroke pada keturunan sebelumnya. (Kusyani, 2022).

6) Riwayat psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan

keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien serta keluarga. (Harsono, 2003 dalam Tarwoto, 2013).

a) Konsep diri

(1) Gambaran diri/citra diri

Klien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan klien tidak mau membebani keluarganya, sehingga klien hanya mampu berserah diri kepada tuhan, semoga segera diberikan kesembuhan (Griselda, 2023).

(2) Ideal diri

Klien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya. (Griselda, 2023).

(3) Harga diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Arisdiani, 2019).

(4) Peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Kusyani, 2022).

(5) Identitas diri

Penyakit stroke menyerang semua jenis kelamin, namun komposisi laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (Kusyani, 2022).

b) Pola peran dan hubungan dengan orang lain

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Kusyani, 2022).

c) Pola seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari pengobatan CVA, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamine merupakan terjadinya penurunan pada gairah (Kusyani, 2022).

d) Pola mekanisme koping

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi (Kusyani, 2022).

e) Pola kognitif dan persepsi sensori

Terdapat gangguan penglihatan atau kekaburan pandang, sentuhan atau perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, sedangkan terdapat penurunan memori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif (Kusyani, 2022)

f) Data spiritual

Keyakinan dalam diri seseorang yang dapat mempengaruhi individu untuk kesembuhan pada penyakitnya sesuai dengan agama Klien. Bagaimana aktifitas spiritual klien selama

menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya. (Kusyani, 2022).

7) Pola – Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Biasanya ada riwayat perokok, penggunaan alkohol, dan penggunaan obat kontrasepsi oral.

b) Pada klien dengan stroke terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah dan kesulitan untuk menelan (Que, 2023).

c) Pola eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. (Kusyani, 2022)

d) Kebersihan diri atau personal hygiene

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoria tau paralise atau hemiplegi, mudah lelah. Oleh karena itu personal hygiene klien kurang (Que, 2023).

e) Pola aktivitas dan latihan

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise, atau hemiplegi, mudah lelah. (Kusyani, 2022).

f) Pola tidur dan istirahat

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

g) Pola hubungan dan peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.

h) Pola persepsi dan konsep diri

Pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, dan mudah marah, tidak kooperatif

i) Pola sensori dan kognitif

Pasien mengalami pola kognitif penurunan memori.

j) Pola penanggulangan stress

Pasien kesulitan mengatasi masalah gangguan proses berfikir dan kesulitan berkomunikasi.

8) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum : Biasanya klien *CVA* mengalami badan lemaah (letarge), nyeri kepala (chealgia) , penurunan kesadaran (apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma). Terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30mmHg), peningkatan suhu>37 nadi takikardi, pernafasan sesak. Kadang mengalami

gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Tarwoto, 2013).

b) Tanda-tanda vital :

- 1) Tekanan darah biasanya pada pasien stroke yang memiliki riwayat tekanan darah tinggi yaitu sistole >140 dan diastole >80 .
- 2) Nadi, nadi biasanya normal.
- 3) Pernafasan pada pasien stroke biasanya mengalami gangguan pada bersihan jalan nafas.
- 4) Suhu pada pasien stroke biasanya tidak terdapat masalah (Nindy, 2024).

c) Pemeriksaan integument :

- 1) Kulit : jika kekurangan oksigen kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek. Disamping itu perlu dikaji tanda-tanda dehidrasi.
- 2) Kuku : perlu dilihat adanya *clubbing finger*, *cyanosis*.
- 3) Rambut : umumnya tidak ada kelainan (Renanda, 2024).

d) Kepala :

Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peningkatan tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Pada rambut biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada klien stroke iskemik. Umumnya pada muka tidak

simetris (ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh yaitu nervus fasialis. (Sulistiawaty, 2020).

e) Wajah :

Biasanya wajah nyeri pada satu sisi, wajah terlihat miring, dan wajah pucat. Pada pemeriksaan nervus V (Trigeminal): biasanya pasien dapat menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea dengan kapas halus maka klien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada Nervus VII (facialis): biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengerutkan dahi, mengerutkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien stroke menggembungkan pipi makan terlihat tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi kelemahan dan saat diminta mengunyah pasien akan mengalami kesulitan dalam mengunyah. (Nindy, 2024).

f) Mata :

Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun). Pada mata biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada nervus III (okulomotorius): pupil kadang isokor dan anisokor (Sulistiawaty, 2020).

g) Hidung:

Adanya gangguan pada penciuman. Ada pernafasan *cuping* hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung (Tarwoto, 2013).

h) Telinga :

Klien dengan stroke pada pemeriksaan telinga biasanya akan berdenging atau mengalami penurunan dalam pendengaran (Hidayat, 2021).

i) Mulut dan faring :

Adanya gangguan pengecap (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, disartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir (Arnasya, 2023).

j) Leher

Biasanya tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak terdapat kelenjar tyroid, kaku kuduk jarang terjadi (Kusyani, 2022).

k) Dada/Thorak

(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

- (b) Palpasi : Untuk menilai tactile fremitus
- (c) Perkusi : Untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor.
- (d) Auskultasi : pada klien dengan tingkat kesadaran Compos mentis tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada klien dengan penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapat bunyi nafas tambahan (Kusyani, 2022).

(2) Pemeriksaan jantung

- a) Inspeksi : Ictus kordis tidak Nampak
- b) Palpasi : Teraba Ictus Cordis pada ICS V linea midclavicularis sinistra
- c) Perkusi : Suara jantung pekak
- d) Auskultasi : Irama jantung reguler, terdengar suara jantung I dan II, murmur atau gallop (Griselda, 2023).

(3) Pemeriksaan abdomen

- a) Inspeksi : ada pernafasan perut (pernafasan diafragma)
- b) Auskultasi : terjadi penurunan peristaltic (normalnya 5-35x/menit).
- c) Palpasi : tidak teraba massa, tidak nyeri tekan

d) Perkusi : suara tympani sampai hipertympani, kadang terdapat kembang (Griselda, 2023).

(4) Genetalia

Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri, serta apakah dipasang alat dower cateter (DC) (Kusyani, 2022).

(5) Ekstremitas

Biasanya didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Kusyani, 2022).

(6) Pemeriksaan Neurologis

Adanya 12 nervus kranial, diantaranya adalah : (Muttaqin, 2008, Dalam KTI Hibatul Azizi, 2024).

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

(b)*Nervus Kranialis 2 Optikus*: Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang.

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

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

(e)*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.

(f)*Nervus Kranialis 6 Abduksen*: Kelainan pada paralisis nervus abduksen 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.

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

- (h) *Nervus Kranialis 8 Auditorius*: Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).
- (i) *Nervus Kranialis 9 Glosofaringikus* dan *nervus Kranialis 10 Vagus*: Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosofaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko terjadinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian. Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan, nadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paruparu.
- (j) *Nervus Kranialis II Assesorius*: Gangguan pada nervus assesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapeziuz) dan otot leher (otot sterokleidomastoideus). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persyarafan otot trapeziuz dan otot sterokleidomastoideus terganggu.

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

(7) Fungsi motorik dan sensorik

Pada fungsi motorik dapat mengetahui kekuatan otot pada anggota gerak, terutama pada sisi tubuh yang terkena stroke. Pada fungsi sensorik pada sentuhan/raba kemampuan klien untuk merasakan sentuhan pada sisi tubuh yang terkena stroke. Pada rasa klien mampu atau tidaknya merasakan rasa yang diberikan. Pada bau klien mampu tidaknya bau yang diberikan (Kusyani, 2022).

(8) Tes diagnostik (Tarwoto, 2013)

- a) Hasil rontgen kepala dan medulla
- b) Electroencephalografi

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

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2018). Berikut diagnosa keperawatan pada pasien CVA menurut SDKI (2017) :

1) Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)

Factor resiko

- a) Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin parsial
- b) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- c) Aterosklerosis aorta
- d) Diseksi arteri
- e) Fibrilasi atrium
- f) Tumor otak
- g) Stenosis karotis
- h) Miksoma atrium
- i) Aneurisma serebri
- j) Koagulopati (mis. anemia sel sabit)

- k) Dilatasi kardiomiopati
 - l) Koagulasi intravaskuler diseminata
 - m) Embolisme
 - n) Cedera kepala
 - o) Hiperkolesteronemia
 - p) Hipertensi
 - q) Endokarditis infeksi
 - r) Katup prostetik mekanis
 - s) Stenosis mitral
 - t) Neoplasma otak
 - u) Infark miokard akut
 - v) Sindrom sick sinus
 - w) Penyalahgunaan zat
 - x) Terapi tombolitik
 - y) Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass)
- 2) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
- Penyebab
- a) Kerusakan integritas struktur tulang
 - b) Perubahan metabolisme
 - c) Ketidakbugaran fisik
 - d) Penurunan kendali otot
 - e) Penurunan massa otot
 - f) Penurunan kekuatan otot

- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskuloskeletal
- l) Gangguan neuromuskular
- m) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensori persepsi

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.2 Gejala dan Tanda Minor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
------------------	-----------------

1) Nyeri saat bergerak	1) Sendi kaku
2) Enggan melakukan pergerakan	2) Gerakan tidak terkoordinasi
3) Merasa cemas saat bergerak	3) Gerakan terbatas
	4) Fisik lemah

3) Defisit Perawatan Diri (D.0109)

Penyebab

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

Tanda dan Gejala Mayor

Tabel 2.3 Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.4 Gejala dan Tanda Minor

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

4) Defisit Nutrisi (D.0019)

Penyebab

- a) Kurangnya asupan makanan

- b) Ketidakmampuan menelan makanan
- c) Ketidakmampuan mencerna makanan
- d) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient
- e) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- f) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak cukup)
- g) Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.5 Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(tidak ada)	1) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.6 Gejala dan Tanda Minor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Cepat kenyang setelah makan	1) Bising usus hiperaktif
2) Kram/nyeri abdomen	2) Otot pengunyah lemah
3) Nafsu makan menurun	3) Otot menelan lemah
	4) Membran mukosa pucat
	5) Sariawan
	6) Serum albumin turun
	7) Rambut rontok berlebih
	8) Diare

5) Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

Penyebab

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

- e) Kelainan palatum
- f) Hambatan fisik (mis. terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidotomi)
- g) Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)
- h) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi).
- i) Hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.7 Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(tidak ada)	3) Tidak mampu berbicara atau mendengar
	4) Menunjukkan respon tidak sesuai

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.8 Gejala dan Tanda Minor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(Tidak ada)	4) Afasia
	5) Disfasia
	6) Apraksia
	7) Disleksia
	8) Disartria
	9) Afonia
	10) Dislalia
	11) Pelo
	12) Gagap
	13) Tidak ada kontak mata
	14) Sulit memahami komunikasi
	15) Sulit mempertahankan komunikasi
	16) Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
	17) Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
	18) Sulit menyusun kalimat
	19) Disorientasi orang, ruang, waktu
	20) Defisit penglihatan

21) Delusi

6) Gangguan persepsi sensori (D.0085)

Penyebab

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

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.9 Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.10 Gejala dan Tanda Minor

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

-
- 7) Mondar mandir
 - 8) Bicara sendiri
-

7) Nyeri Akut (D.0077)

Penyebab

- e) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- f) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- g) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Tabel 2.11 Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Mengeluh nyeri	1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat 5) Sulit tidur

Tabel 2.12 Gejala dan Tanda Minor

<i>Subjektif</i> <i>(tidak tersedia)</i>	<i>Objektif</i>
	1) Tekanan darah meningkat 2) Pola napas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berpikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaforesis

8) Gangguan eliminasi urine (D.0040)

Penyebab

- a) Penurunan kapasitas kandung kemih

- b) Iritasi kandung kemih
- c) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
- d) Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. operasi ginjal, operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan)
- e) Kelemahan otot pelvis
- f) Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. imobilisasi)
- g) Hambatan lingkungan
- h) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- i) Outlet kandung kemih tidak lengkap (mis. anomaly saluran kemih kongenital)
- j) Imaturitas

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.13 Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.14 Gejala dan Tanda Minor

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

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa data dan diagnosa keperawatan (Suwignjo et al., 2022). Perencanaan ini dilakukan guna mempermudah perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien sesuai dengan diagnosa keperawatan (Juniarti et al., 2020). Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018), intervensi dari diagnosa *CVA* diatas adalah :

1) Diagnosa 1 :

Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)

a) Tujuan dan kriteria hasil

Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral kembali normal dengan

Kriteria Hasil : (L.02014)

- (1) Tingkat kesadaran meningkat (5)
- (2) Fungsi kognitif meningkat (5)
- (3) Sakit kepala menurun (5)
- (4) Gelisah menurun (5)
- (5) Kecemasan menurun (5)
- (6) Agitasi menurun (5)
- (7) Demam menurun (5)

- (8) Kesadaran membaik (5)
- (9) Nilai rata rata tekanan membaik (5)
- (10) Tekanan intrakranial menurun (5)
- (11) Tekanan darah sistolik membaik (5)
- (12) Tekanan darah diastolik membaik (5)
- (13) Reflek saraf membaik (5)

b) Rencana dan Tindakan

Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial. (I.06194)

Tindakan :

Observasi

- (1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
- (2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Ktekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
- (3) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)
- (4) Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu
- (5) Monitor PAWP, jika perlu
- (6) Monitor PAP, jika perlu
- (7) Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia
- (8) Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure)
- (9) Monitor gelombang ICP
- (10) Monitor status pernapasan

(11) Monitor intake dan output cairan

(12) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi)

Terapeutik

(13) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

(14) Berikan posisi semi Fowler

(15) Hindari manuver Valsava

(16) Cegah terjadinya kejang

(17) Hindari penggunaan PEEP

(18) Hindari pemberian cairan IV hipotonik

(19) Atur ventilator agar PaCO₂ optimal

(20) Pertahankan suhu tubuh normal

Kolaborasi

(21) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu

(22) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu

(23) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

2) Diagnosa 2 :

Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

a) Tujuan dan Kriteria Hasil

Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan 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 sendi menurun (5)
- (7) Gerakan tidak terkoordinasi menurun (5)
- (8) Gerakan Terbatas (5)
- (9) Kelemahan fisik menurun (5)

b) Rencana dan Tindakan

Dukungan Mobilisasi (1.05173)

Tindakan :

Observasi

- (1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- (2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- (3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- (4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

- (5) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)
- (6) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- (7) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

- (8) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- (9) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- (10) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

3) Diagnosa 3 :

Defisit perawatan diri (D.0109)

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 dan Tindakan

Dukungan perawatan diri (I.11348)

Tindakan :

Observasi

- (1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- (2) Monitor tingkat kemandirian
- (3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan

Terapeutik

- (4) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)
- (5) Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)
- (6) Campingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- (7) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
- (8) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
- (9) Jadwalkan rutinitas perawatan diri

Edukasi

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

4) Diagnosa 4 :

Defisit nutrisi (D.0019)

- a) Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :
(L.03030)

- (1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat (5)
- (2) Kekuatan otot pengunyah 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 tepat
meningkat (5)
- (9) Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat
(5)
- (10) Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman 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)

b) Rencana dan Tindakan

Dukungan pengungkapan kebutuhan (I.09266)

Tindakan :

Observasi

- (1) Identifikasi status nutrisi
- (2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- (3) Identifikasi makanan yang disukai
- (4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- (5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- (6) Monitor asupan makanan
- (7) Monitor berat badan
- (8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- (9) Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu

- (10) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)
- (11) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- (12) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- (13) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- (14) Berikan suplemen makanan, jika perlu
- (15) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

- (16) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- (17) Ajarkan diet yang diprogramkan

5) Diagnosa 5 :

Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

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) Pemahaman komunikasi membaik (5)
- (6) Afasia menurun (5)

- (7) Disfasia menurun (5)
- (8) Apraksia menurun (5)
- (9) Disleksia menurun (5)
- (10) Disatria menurun (5)
- (11) Dislalia menurun (5)
- (12) Pelo menurun (5)
- (13) Gagap menurun (5)
- (14) Respon perilaku membaik (5)

b) Rencana dan Tindakan

Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (I.13492)

Tindakan :

Observasi

- (1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
- (2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis, memon, pendengaran, dan bahasa)
- (3) Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
- (4) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

Terapeutik

- (5) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)
- (6) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
- (7) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
- (8) Ulangi apa yang disampaikan pasien
- (9) Berikan dukungan psikologis
- (10) Gunakan juru bicara, jika perlu

Edukasi

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

Kolaborasi

- (13) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

6) Diagnosa 6 :

Gangguan persepsi sensori (D.0085)

- a) Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kemampuan persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil : (L.09083)

- (1) Verbalisasi mendengar bisikan menurun (5)
- (2) Verbalisasi melihat bayangan menurun (5)
- (3) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun (5)
- (4) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun (5)
- (5) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun (5)
- (6) Distorsi sensori menurun (5)
- (7) Perilaku halusinasi menurun (5)
- (8) Menarik diri menurun (5)
- (9) Melamun menurun (5)
- (10) Curiga menurun (5)
- (11) Mondar-mandir menurun (5)
- (12) Respon sesuai stimulus membaik (5)
- (13) Konsentrasi membaik (5)
- (14) Orientasi membaik (5)

b) Rencana dan Tindakan

Dukungan pengungkapan kebutuhan (I.09266)

Tindakan :

Observasi

- (1) Periksa gangguan komunikasi verbal (mis. Ketidakmampuan berbicara, kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal)

Terapeutik

- (2) Ciptakan lingkungan yang tenang
- (3) Hindari berbicara keras
- (4) Ajukan pertanyaan dengan jawaban singkat, dengan isyarat anggukan kepala jika mengalami kesulitan berbicara
- (5) Jadwalkan waktu istirahat sebelum waktu kunjungan dan sesi terapi wicara
- (6) Fasilitasi komunikasi dengan media (mis. pensil dan kertas komputer kartu kata)

Edukasi

- (7) Informasikan keluarga dan tenaga kesehatan lain teknik berkomunikasi, dan gunakan secara konsisten
- (8) Anjurkan keluarga dan staf mengajak bicara Meskipun tidak mampu berkomunikasi

7) Diagnosa 7 :

Nyeri Akut (D.0077)

e) Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: (L.08066)

- (1) Keluhan nyeri menurun (5)

- (2) Meringis menurun (5)
- (3) Sikap protektif menurun (5)
- (4) Gelisah menurun (5)
- (5) Kesulitan tidur menurun (5)
- (6) Frekuensi nadi membaik (5)

b) Rencana dan Tindakan

Manajemen nyeri (I.08238)

Tindakan :

Observasi

- (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- (2) Identifikasi skala nyeri
- (3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- (5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- (6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- (7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- (8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- (9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- (10) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
(mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- (11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- (12) Fasilitasi istirahat dan tidur
- (13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- (14) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- (15) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- (16) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- (17) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
- (18) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

- (19) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

8) Diagnosa 8 :

Gangguan eliminasi urine (D.0040)

a) Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kemampuan melakukan eliminasi urine 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) Anuria menurun (5)
- (12) Frekuensi BAK membaik (5)
- (13) Karakteristik urine membaik (5)

b) Rencana dan Tindakan

Manajemen eliminasi urine (I.04152)

Tindakan :

Observasi

- (1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine
- (2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin
- (3) Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna)

Terapeutik

- (4) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih
- (5) Batasi asupan cairan, jika perlu
- (6) Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur

Edukasi

- (7) Ajarkan tanda gejala infeksi saluran kemih
- (8) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine
- (9) Ajarkan mengambil spesimen urine midstream
- (10) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
- (11) Ajarkan terapi modalitas, penguatan otot-otot panggul atau berkemih
- (12) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi
- (13) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur

Kolaborasi

- (14) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan seluruh rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah kesehatan yang dihadapinya, status kesehatan yang baik dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan sesuai rencana keperawatan yang telah ditentukan (Suarni, 2017)

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah proses kegiatan mental yang memberi pedoman atau pengarahan secara tertulis kepada perawat atau anggota tim kesehatan lainnya tentang intervensi atau tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada klien. Rencana keperawatan merupakan rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan klien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan klien secara spesifik (Kusyani, 2022)