BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar CVA

2.1.1 Definisi

Menurut *World Health Organization* WHO 2018, Stroke atau CVA adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adaya penyebab lain yang jelas selain vascular (RI, K. 2018).

CVA adalah penyakit yang ditandai dengan hilangnya sensasi pada kulit dan kelemahan otot karena defisit neurologis yang terjadi secara mendadak. Definisi dari stroke adalah terganggunya sistem saraf akibat gangguan aliran pembuluh darah ke otak yang terjadi secara tiba-tiba (Oktaria & Fazriesa, 2017).

2.1.2 Klasifikasi CVA

Menurut (Yueniwati, 2016) klasifikasi dari penyakitstroke yaitu :

1) Stroke Infark/ Non Hemoragik

Stroke Non Hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke non hemoragik secara umum diakibatkan oleh aterotrombosis pembuluh darah serebral, baik yang besar maupun yang kecil. Pada stroke non hemoragik penyumbatan bisa terjadi

disepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju ke otak. Darah ke otak disuplai oleh dua arteri karotis interna dan dua arteri vertebralis. Arteri-arteri ini merupakan cabang dari lengkung aorta jantung. Suatu ateroma(endapan lemak) bisa terbentuk di dalam pembuluh darah arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Keadaan ini sangat serius karena setiap pembuluh darah arteri karotis dalam keadaan normal memberikan darah ke sebagian besar otak. Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil.

2) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh peredaran di dalam jaringan otak (disebut hemoragia intraserebrum atau hematon intraserebrum) atau peredaran ke dalam ruang subarachnoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut hemoragia subarachnoid). Stroke hemoragik merupakan jenis stroke yang paling mematikan yang merupakan sebagian kecil dari keseluruhan stroke yaitu sebesar 10-15% untuk perdarahan intraserebrum dan sekitar 5% untuk peredaran subarachnoid.

2.1.3 Etiologi

Sebagian besar stroke terjadi akibat kombinasi faktor penyebab medis misalnya, peningkatan tekanan darah dan faktor penyebab perilaku misalnya merokok (Udani, 2013). Berdasarkan penyebabnya, ada dua jenis stroke, yaitu:

1. **Stroke Infark/ Non Hemoragik**

   Stroke iskemik 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 iskemia. Stroke iskemik dapat dibagi lagi ke dalam 2 jenis, stroke trombotik dan stroke embolik.

2. **Stroke Hemoragik**

   Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluhdarah 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).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke bergantung pada arteri cerebral yang terkena, fungsi otak dikendalikan atau diperantarai oleh bagian otak yang terkena, keparahan kerusakan seta ukuran daerah otak yang terkena selain bergantung pula pada derajat sirkulasi kolateral (Hartono, 2009).

Menurut (Oktavianus, 2014) manifestasi klinis strokesebagai berikut:

1) Stroke Infark/ Non Hemoragik

Tanda dan gejala yang sering muncul :

a) *Transient ischemic attack* (TIA)

Timbul hanya sebentar selama beberapa menit sampai beberapa jam dan hilang sendiri dengan atau tanpa pengobatan. Serangan bisa muncul lagidalam wujud sama, memperberat atau malah menetap.

b) *Reversible Ischemic Neurogic Difisit* (RIND)Gejala timbul lebih dari 24 jam.

c) Progressing stroke atau stroke inevolution

Gejala makin lama makin berat (progresif) disebabkan gangguan aliran darah makin lamamakin berat.

d) Sudah menetap atau permanen

2) Stroke Hemorgik

Tanda dan gejala yang sering muncul sangat tergantung dengan daerah otak yang terkena.

a) Lobus parietal, fungsinya yaitu untuk sensasisomatik, kesadaran menempatkan posisi.

b) Lobus temporal, fungsinya yaitu untuk mempengaruhi indra dan memori.

c) Lobus oksipital, fungsinya yaitu untuk penglihatan.

d) Lobus frontal, fungsinya untuk mempengaruhi mental, emosi, fungsi fisik, intelektual.

Stroke dapat mempengaruhi fungsi tubuh. Adapun beberapa gangguan yang dialami pasien yaitu :

(1) Pengaruh teradap status mental: tidak sadar, confuse

(2) Pengaruh secara fisik: paralise, disfagia, gangguan sentuhan dan sensasi, gangguan penglihatan, hemiplegi (lumpuh tubuh sebelah).

(3) Pengaruh terhadap komunikasi: afasia (kehilangan bahasa), disartria (bicara tidak jelas).

(4) Pasien stroke hemoragik dapat mengalami trias TIK yang mengindikasikan adanya peningkatan volume di dalam kepala. Trias TIK yaitu muntah proyektil, pusing dan upil edem.

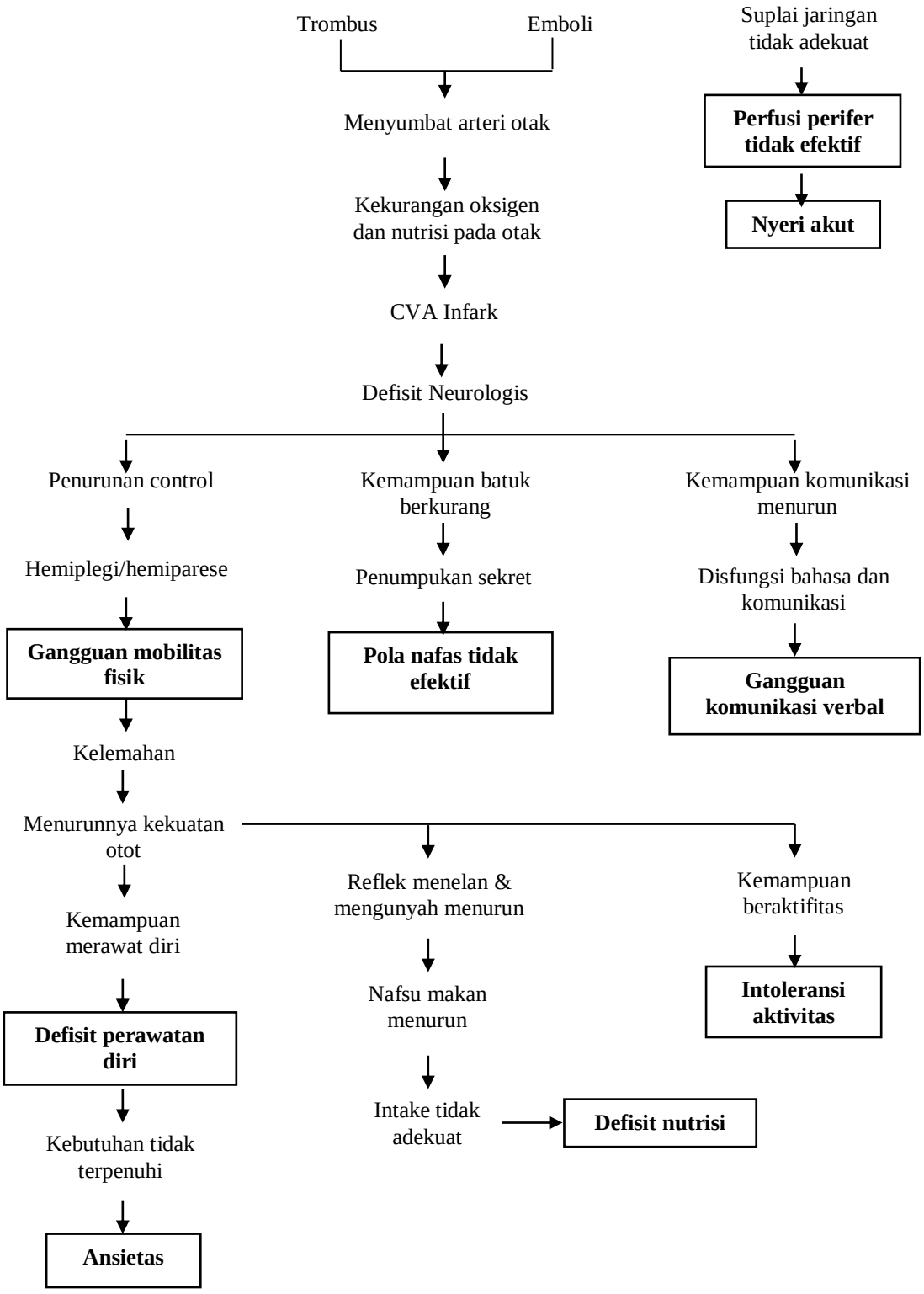
2.1.5 Faktor Resiko

Faktor risiko dari penyakit stroke yaitu terdiri dari (Mutiarasari, 2019):

1) Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga.
2) Faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, merokok, dislipidemia, diabetesmelitus, obesitas, alkohol dan atrial fibrillation.

2.1.6 Patofisiologi

1) Pathway



Gambar 2.1 Patofisiologi Price & Wilson, (2016)

2) Uraian

a) Stroke Iskemia dikarenakan di dalam thrombus atau embolus yang mengalami penyumbatan aliran darah otak. Trombus umumnya terjadi karena berkembangnya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah, sehingga arteri menjadi tersumbat, aliran darah ke area thrombus menjadi berkurang, menyebabkan iskemia kemudian menjadi iskemia akhirnya terjadi infark pada jaringan otak (Price dan Wilson, 2006). Emboli disebabkan oleh embolus yang berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis. Terjadinya blok pada arteri tersebut menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan neurologist fokal. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh pecahnya dinding pembuluh darah oleh emboli (Price dan Wilson, 2006).

b) Stroke hemoragik, Pembuluh darah otak yang pecah menyebabkan darah mengalir ke substansi atau ruangan subaraknoid yang menimbulkan perubahan pada komponen area intrakranial yang seharusnya konstan. Adanya perubahan komponen intrakranial yang tidak dapat di kompensasi oleh tubuh akan dapat menimbulkan peningkatan tekanan intrakranial yang bila berlanjut akan menyebabkan herniasi otak, sehingga akan timbul kematian (Price dan Wilson, 2006). Di samping itu, darah yang mengalir ke substansi otak atau ruang subarachnoid dapat menyebabkan edema, spasme pada pembuluh darah otak, adanya penekanan pada daerah pembuluh darah akan menimbulkan aliran

darah berkurang atau tidak ada sehingga terjadi nekrosis jaringan otak (Price dan Wilson, 2006).

Otak tidak memiliki cadangan oksigen dan otak sangat bergantung pada oksigen. Terjadinya kekurangan oksigen ke jaringan otak, disebabkan aliran darah pada setiap bagian otak terlambat karena trombus dan embolus. Gejala yang dirasakan yaitu kehilangan kesadaran jika selama satu menit kekurangan oksigen. Nekrosis miskroskopik neuron akan terjadi ketika kekurangan oksigen dengan waktu lebih lama. Bagian area nekrotik dikatakan infark. Bekuan darah, udara, plaque, atheroma flakmen lemak mungkin berakibat pada kekurangan oksigen.

Iskemia dan infark sulit ditentukan pada otak yang dialami oleh CVA Infark metabolik. Peningkatan tekanan intrakranial dan edema cerebral terjadi disebabkan adanya peluang dominan CVA Infark dapat meluas sesudah serangan pertama. Gangguan pasokan aliran darah pada otak bisa terjadi dimana saja di dalam arteri yang membentuk sirkulasi wilisi yang bergantung terhadap bagian otak yang terkena dan luasnya yang terkena. Infark/kematian jaringan terjadi karena aliran darah pada jaringan otak terputus, kurang lebih 15 menit sampai 20 menit. Infark di bagian otak yang di pendarahi arteri tersebut tidak selalu disebabkan oleh oklusi di suatu arteri (Price, 2005 dalam wijaya, 2015).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang untuk pasien CVA (anonime,2022) :

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 berbatas 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.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien stroke ada 2 yaitu farmakologi dan nonfarmakologi:

1) Farmakologi

Terapi farmakologi

a) Terapi suportif dengan infus manitol bertujuan untuk mengurangi edema disekitar perdarahan.
b) Pemberian Vit K dan fresh frozen plasma jika perdarahannya karena komplikasi pemberian warfarin.
c) Pemberian protamin jika perdarahannya akibat pemberian heparin.
d) Pemberian asam traneksamat jika perdarahnnya akibat komplikasi pemberian trombolitik (Ikawati, 2014)
e) Pemberian cairan hipertonis jika terjadi peninggian tekanan intra kranial akut tanpa kerusakan sawar darah otak (Blood-brain

Barrier), diuretika (asetazolamid atau furosemid) yang akan menekan produksi cairan serebrospinal, dan steroid (deksametason, prednison, dan metilprednisolon) yang dikatakan dapat mengurangi produksi cairan serebrospinal dan mempunyai efek langsung pada sel endotel (Affandi dan Reggy, 2016).

2) Non farmakologi

a) Terapi air

Terapi air adalah terapi latihan di air yang dilakukan penderita stroke dibantu oleh empat orang pelatih, stroke seorang tiga orang berada di dalam kolam renang, sedangkan satu orang di luar kolam untuk memantau setiap keadaan yang dialami penderita stroke. Pelatih yang di luar kolam bertugas mengawasi keadaan yang ada di dalam kolam. Hal ini dilakukan apabila terjadi sesuatu, misalnya keadaan darurat, bisa segera diambil tindakan yang cepat. Terapi latihan dilakukan dengan jangka waktu 6-8 minggu dengan durasi 2 kali seminggu, sekali terapi waktunya 1 jam. Terapi latihan di air ini seperti renang banyak manfaat yang di dapat antara lain: ketersediaan oksigen dalam tubuh menjadi lebih baik sehingga meningkatkan daya kerja otot dan oksigenasi otak, memperlancar sirkulasi darah dan meningkatkan penyerapan oksigen ke dalam jaringan saraf, mengurangi kekakuan otot, membuat jaringan sendi jadi lebih lentur, dan meingkatkan kemampuan anggota gerak tubuh (Yulianto, 2011).

b) Latihan aerobik

Latihan aerobik adalah latihan olahraga untuk mendapatkan perubahan yang bermanfaat pada sistem pernafasan dan peredaran darah dengan aktivitas yang hanya memerlukan kenaikan oksigen dan dengan demikian dapatlah dipertahankan. Frekuensi latihan aerobik ini dilakukan 3 kali per minggu setiap kali latihan membutuhkan 30-45 menit dan diberikan jarak karena jika dilakukan berlebihan akan memudahkan mengalami cedera pada otot-otot. Macam-macam latihan aerobik yaitu : latihan berjalan, latihan jogging, latihan mengayuh (Gordon, 2002).

c) Diet DASH *(Dietary Approaches to Stop Hypertension)*

Metode ini dikembangkan pada tahun 1997, DASH menganjurkan untuk mengkonsumsi sayur-sayuranan, buah-buahan, daging segar, produk susu dan makanan kaya akan mikronutien dalam menu makan. DASH menekankan pada konsumsi makanan yang diperoses secara minimal dan dalam keadaan segar, untuk tetap menjaga kandungan gizinya. Diet DASH kaya akan senyawa bioaktif (serat, mineral, vitamin, dan fitokimia) yang ditemukan dalam biji-bijian, buah-buahan dan sayuran yang memiliki antioksidan, anti-aterogenik, anti inflamasi, anti proliferatif dan anti tumor. Senyawa ini dapat menurunkan risiko kanker, penyakit kardiovaskular, dan penyakit kronis lainnya. Target gizi harian dengan menggunakan metode DASH untuk 2100 kalori porsi makan terdiri dari lemak total 27%, protein 18%,

d) Diet Asupan Sodium

Garam kaya akan kandungan sodium, tingginya asupan garam berhubungan dengan gangguan keseimbangan cairan sehingga menyebabkan tekanan darah naik, cairan yang masuk ke dalam sel membuat pembuluh arteri menjadi kecil, sehingga memperberat kinerja jantung karena harus memompa darah lebih kuat pada akhirnya tekanan darah menjadi meningkat. Asosiasi Jepang membuat target konsumsi gara perhari adalah <6gr. WHO membuat batasan konsumsi sodium 2.400mg atau sekitar satu sendok teh garam. Diet asupan sodium 2.400 mg/hari dapat menurunkan tekanan darah sebesar 2 mmHg, sedangkan asupan sodium 1.500mg/hari dapat menurunkan tekanan darah 2-8 mmHg, dapat disimpulkan bahwa semakin rendah asupan sodium dalam tubuh maka semakin tinggi angka penurunan tekanan darah tetapi jika kadar sodium terlalu rendah maka cairan dalam sel terganggu yang mengakibatkan tubuh menjadi dehidrasi.

e) Latihan rentang gerak ROM *(Range of Motion)*

Latihan rentang gerak (ROM) merupakan salah satu latihan gerak oleh individu dengan menggerakan sendinya. Menurut Rahayu (2015). Latihan ROM adalah salah satu bentuk intervensi fundamental yang dapat dilakukan untuk keberhasilan regimen terapeutik bagi pasien dan dalam upaya pencegahan terjadinya kondisi cacat permanen pada pasien paska perawatan di rumah sakit sehingga dapat menurunkan tingkat ketergantungan pasien

pada keluarga. Dengan latihan rutin paling sedikitnya 2-3 kali setiap harinya dalam waktu 20-30 menit (Palandeng, 2013). Latihan ini dapat mengurangi ketergantungan aktivitas sehari-hari, mecegah komplikasi, dan mencegah kontraktur/kekakuan pada persendian. Menurut Brunner & Suddarth (2001), sendi harus digerakkan sesuai rentang geraknya tiga kali, setidaknya dua kali sehari. Untuk melakukan latihan rentang gerak dibantu atau pasif, pasien harus dalam posisi terlentang yang nyaman dengan lengan di samping dan lutut ekstensi. Postur tubuh yang baik dipertahankan selama latihan. Perawat juga menggunakan mekanik tubuh yang baik selama sesi latihan.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Tarwoto dan Wartonah (2015) menjelaskan proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. Proses keperawatan digunakan untuk membantu perawat melakukan praktek keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan. Dengan menggunakan metode ini perawat dapat mendemonstrasikan tanggung jawab pada klien, sehingga kualitas praktek keperawatan dapat meningkat.

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan proses dinamis yang terorgnisasi yang

meliputi tiga aktivitas dasar yaitu: pengumpulan data secara sistematis, memilih, dan mengatur data yang diperlukan dan mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali. Pengkajian sebagai proses yang kegiatannya bertujuan mengumpulkan informasi mengenai pasien. Informasi tersebut akan menentukan masalah kesehatan yang meliputi: pengkajian fisik, observasi, wawancara, riwayat keperawatan, analisa catatan laporan serta dokumen-dokumen lain yang terkait dengan pengkajian data dasar keperawatan (Tarwoto, dan Wartonah, 2015).

Data dasar pengkajian pasien menurut Marylinn E.Doenges, dkk (2014):

1) Identitas pasien

   Identitas pasien Nama, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, alamat, pekerjaan.

2) Keluhan utama

   Keluhan yang dirasakan atau sangat mengganggu pada saat di rumah dan di rumah sakit. Berisi tentang keluhan klien pada saat dilakukan pengkajian yang dikembangkan melalui metode PQRST.

   P (provokatus-paliatif) : Apa yang menyebabkan gejala ? Apa yang bisa memperberat ? Apa yang bisa mengurangi ?

   Q (quality-quantity) : Bagaimana gejala dirasakan 7 Sejauh mana gejala dirasakan ?

   R (regio-radiasi): Dimana gejala dirasakan ? Apakah menyebar?

   S (scala-serverity) : Seberapakah tingkat keparahan yang dirasakan ?

Pada skala berapa?

T (time) : Kapan gejala mulai timbul ? Seberapa sering gejala dirasakan ? Tiba-tiba atau bertahap? Seberapa lama gejala dirasakan?

3) Riwayat penyakit sekarang

Keluhan atau penyakit dari sebelum dibawa ke rumah sakit hingga sampai di rumah sakit.

a) Riwayat penyakit yang lalu

Keadaan atau penyakit yang diderita pasien di masa lalu yang berpengaruh dengan penyakitnya saat ini.

b) Riwayat penyakit keluarga

Mencari diantara anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama.

c) Riwayat psikososial spiritual

Pada penderita yang status ekonominya menengah ke bawah dan sanitasi dan kesehatan yang kurang ditunjang dengan padatnya penduduk.

d) Pola aktifitas sehari hari

Pola aktifitas yang meliputi makan dan minum, pola eliminasi, pola istirahat tidur dan kebersihan yang dilakukan dirumah dan dibandingkan denga pola aktifitas yang dilakukan dirumah sakit

e) Pemeriksaan fisik

(1) Keadaan umum

Bagaimana keadaan pasien? Sadar atau tidak?

(2) Tanda-tanda vital

Tekanan Darah: Apakah terdapat peningkatan tekanan darah (hipertensi)? Atau terdapat penurunan tekanan darah (hipotensi)?

Nadi: Apakah terdapat peningkatan nadi (bradikardia)? Atau terdapat penurunan nadi (takikardia)?

Suhu : Apakah terdapat penikatan suhu (hipertermi)? Atau terdapat penurunan suhur (hipotermi)

Respirasi : Apakah terdapat bradypnea? Atau takipnea? Atau apnea?

(3) Sistem pernapasan

Inspeksi : Apakah terdapat pernapasan cuping hidung?, apakah terdapat retraksi intercosta?

Palpasi: Apakah terdapat getaran vocal premitus?

Perkusi: Apakah terdapat suara tambahan seperti ronchi, wheezing?

(4) Sistem kardiovaskuler

Inspeksi: Bagaimana bentuk dada pasien? (normal chest, barel chet, peagion chest)

Palpasi: Terdapat pembesaran jantung atau tidak?

Perkusi : Bagaimana suara jantung?

Auskultasi : Ada atau tidak suara jantung tambahan Suara?

(5) Sistem gastrointestinal

Berapa berat badan pasien sebelum dan saat masuk rumah sakit?, adakah mual muntah atau tidak?

(6) Sistem neurologis

Bagaimana reflek pada pasien?, kesadaran pada pasien? (composmetis, apatis, somnolen, delirium, sopor/semi koma, koma), glasscoe coma scale (GCS).

EYE :

4 = Membuka mata spontan

3 = Membuka mata dengan rangsangan suara

2 = Membuka mata dengan rangsangan nyeri

1 = Tidak ada respon

VERBAL :

5 = Orientasi baik dan mampu berbicara

4 = Disorientasi dan bingung

3 = Mengulang kata-kata yang tidak tepat dan secara acak

2 = Meregang atau merintih (suara tidak jelas)

1 = Tidak ada respon

MOTORIK:

6 = Dapat mengikuti perintah

5 = Dapat melokalisir nyeri (menjangkau & menjauhkan stimulus saat diberi rangsangan nyeri

4 = Menarik (menghindar atau menarik ekstremitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsangan nyeri)

3 = Menjauhi rangsangan nyeri

2 = ekstensi spontan

1 = tidak ada Gerakan

(7) Sistem muskuloskeletal kekuatan otot pasien

0 = Otot sama sekali tidak bergerak, tampak berkontraksi, bila lengan atau tungkai dilepaskan, akan jatuh 100% pasif.

1 = Tampak kontraksi atau ada sedikit gerakan dan ada tahanan sewaktu jatuh.

2 = Mampu menahan tegak yang berarti mampu menahan gaya gravitasi saja, tapi dengan sentuhan akan jatuh.

3 = Mampu menahan tegak walaupun sedikit didorong tetapi tidak mampu melawan tekanan atau dorongan dari pemeriksa.

4 = Kekuatan kurang dibanding sisi lain.

5 = Kekuatan utuh.

(8) Sistem integument

Apakah turgor kulit normal? (<2 detik) atau tidak? (kembali > 2 detik), terdapat luka atau tidak, akral teraba hangat atau dingin, intregitas kulit baik atau tidak, kulit lembab atau kering.

(9) Sistem endokrin

Apakah klien mengalamai tremor atau tidak, apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, terdapat distensi atau bendungan pada vena jugularis atau tidak.

(10) Sistem genetalia

Ada kelainan atau tidak pada genetalia pasien.

(11) Sistem sexualitas

Pola sexualitas klien mengalami gangguan atau tidak.

2.2.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori 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 suatu kesimpulan berupa masalah keperawatan yang pada akhirnya menjadi diagnosa keperawatan (Mahyar, 2016).

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subyektif dan obyektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks, tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain (Mahyar, 2016).

2.2.4 Intervensi keperawatan

Metode komunikasi tentang asuhan keperawatan kepada klien. Setiap klien yang memerlukan asuhan keperawatan perlu suatu perencanaan yang baik. Sehingga semua tindakan keperawatan harus istandarisasi dan standar tersebut dapat dibaca. Penulisan kriteria hasil berdasarkan SMART.

S = Spesifik (tujuan tidak menimbulkan arti ganda)

M = Measurable (tujuan harus dapat diukur)

A = Achievable (tujuan harus dapat dicapai)

R = Reasonable (tujuan harus dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah)

T = Time (waktu pemberian keperawatan)

2.2.5 Implementasi

Implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan yang terkait dengan pelaksanaan perencanaan yang telat dibuat. Perawat bertanggung jawab dalam pelaksanaan rencana keperawatan dengan melibatkan klien dan keluarga serta anggota tim keperawatan dan kesehatan yang lain (Maryam, 2017).

2.2.6 Evaluasi

Evaluasi dapat dilakukan pada setiap tahap dari proses keperawatan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan, dan pernaikan. Pada tahap ini, perawat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal. Selain itu perawat juga dapat menemukan reaksi klien terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan dan menempatkan apakah sasaran dari rencana keperawatan telah dapat diterima. Adapun kompenen-kompenen untuk melakukan suatu evaluasi adalah:

S = Respon subyektif klien terhadap tindakan yang telah dilakukan

I = Implementasi atau tindakan selanjutnya.

O = Respon obyektif klien terhadap tindakan yang telah dilakukan.

A = Analisa ulang atas data-data untuk menyimpulkan masalah.

P = Perencanaan atau tindakan selanjutnya.

E = Evaluasi.

R= Reassessment.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan CVA

2.3.1 Pengkajian

1) Identitas

Identitas umum meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin (pada umumnya stroke lebih banyak menyerang pada laki-laki dibandingkan pada wanita, risiko stroke pria 1,25 lebih tinggi dibandingkan wanita, hal ini tidak lepas karena laki-laki memiliki pola gaya hidup yang tidak sehat. Pola makan yang salah, merokok, meminum, alkohol, dan kurang berolahraga menjadi salah satu faktor yang dapat menyebabkan timbulnya stroke), pendidikan, alamat, pekerjaan (menurut Xu dari southern Medical university di Guangzhou Cina mengatakan bahwa pekerjaan yang memiliki tekanan, dapat memicu stress dan menjadikan seseorang rentan terkena stroke), agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register, diagnosa medis (Widoyono, 2011).

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Keluhan utama adalah keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan

pemeriksaan diri. Pada umum keluhan pasien stroke terjadi dalam dua hal yaitu stroke hemoragik dan non hemoragik. Stroke Non hemoragik biasanya mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual muntah, kelemahan reflek, afasia (gangguan komunikasi), difasia (memahami kata), kesemutan, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar. Kemudian pada stroke hemoragik biasanya memiliki keluhan perubahan tingkat kesadaran, sakit kepala berat, mual muntah, menggigil/berkeringat, peningkatan intrakranial, afasia, hipertensi hebat, distress pernafasan dan koma (Rosjidi, 2014).

b) Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat Penyakit Sekarang adalah perjalanan penyakit yang dialami pasien saat ini seperti onset atau sejak kapan, lokasi, kronologis, kualitas (rasa sakit yang dirasakan), kuantitas 23 (seberapa sering dirasakan), gejala penyerta dan faktor pencetus. Keluhan yang dirasakan pada pasien stroke saat ini seperti anggota badan yang lemas sampai-sampai tidak dapat digerakan sama sekali, penampilan tidak rapi dan bicara pelo sampaitidak bisa bicara sama sekali (Mutaqin Arif, 2008).

c) Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu merupakan riwayat penyakit fisik maupun psikologik yang pernah diderita pasien sebelumnya. Seperti diabetes mellitus, hipertensi, trauma, dan lain-lain. Hal ini perlu diketahui karna bisa saja penyakit yang diderita

sekarang ada hubungannya dengan penyakityang pernah diderita sebelumnya serta sebagai bahan pertimbangan dalam pemilihan tindakan yang akan dilakukan. Dan dalam kasus ini didapatkan hasilnya negatif. (anonime, 2015)

d) Riwayat Keluarga

Riwayat keluarga pasien yang menderita penyakit stroke sebelumnya seperti penyakit keturunan yang diperoleh dari beberapa mekanisme yaitu faktor genetik, faktor kepekaan genetik, faktor lingkungan, dan gaya hidup (AHA, 2015).

e) Riwayat Psiksosial – Spiritual

Masalah-masalah psikologis yang dialami pasien yang berhubungan dengan keluarga maupun masyarakat. Seperti penyakit stroke yang merupakan suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya tersebut dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga. Perubahan hubungan dan peran terjadi karena pasien sulit melakukan aktivitas dan komunikasi. Rasa cemas dan takut dalam menghadapi gangguan citra tubuh. Rasa cemas pada klien mengakibatkan kegelisahan, kegelisahan tersebut mengakibatkan gangguan dalam melakukan pelaksanaan tindakan dalam pemenuhan kebutuhan defisit perawatan diri pasien. Dalam hal tersebut perawat harus mengantisipasi ketidakpatuhan pasien dalam pemenuhan kebutuhan defisit

perawatan diri mandi pasien. Perawat harus memberikan penjelasan dan tindakan dalam meningkatkan kepatuhan dalam pemenuhan defisit perawatan diri: mandi pasien (Hidayat A. , 2010).

3) Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola nutrisi cairan/metabolisme

Nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut, kehilangan sensasi (rasa kecap, cabai, garam, cuka) pada lidah, tenggorokan, pipi, disfagia ditandai dengan kien kesulitan dalam menelan.

b) Pola Eliminasi

Pengkajian eliminasi pada pasien stroke difokuskan pada pengkajian eliminasi urine dan eleminasi feses. Pada eliminasi alvi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Sedangkan pada eliminasi urine terjadi infeksiperkemihan, retensi urine, batu ginjal (Roy & Andrew 1999 dalam jurnal Irawaty, 2012).

c) Pola istirahat dan tidur

Pada pola ini dilakukan pengkajian yang meliputi pola tidur, kebiasaan sebelum tidur dan masalah dalam tidur seperti terdapat nyeri, sering terbangun karena mimpi buruk, sulit tidur, tidak merasa segar setelah bangun.

d) Pola Aktivitas

Dalam beraktivitas klien mengalami kesulitan melakukan

gerakan karena pada pasien hemiplegia akan mengalami kelumpuhan pada salah satu anggota gerak sedangkan pada pasien hemiparesis rentang dalam bergerak karena salah satu tangan, kaki atau wajah mengalami kelumpuhan (Hello sehat, 2018).

e) Pola Seksualitas/ Reproduksi

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui siklus haid, usia menarche, haid terakhir, masalah dalam menstruasi, penggunaan kontrasepsisebelumnya, pemeriksaan payudara mandiri dan masalah seksual klien yang berhubungan dengan penyakit.

f) Pola Personal hygiene

Pada penderita stroke dengan hemiplegi dan hemiparase akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan sibin dan oral hygiene.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Kesadaran

Pada pasien stroke biasanya mengalami tingkat kesadaran somnolen dengan GCS 10-12 pada awal terserang stroke (Tartowo, 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.

c) Rambut

Biasanya kepala kotor, berketombe, penyebaran rambut tidak merata.

d) 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, menggembangkan 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.

e) Mata

Biasanya pada pasien stroke konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak terdapat edema. Pada pemeriksaan nervus II (optikus): biasanya luas pandang baik 900, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotorius): biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat nilai jika pasien tersebut membuka mata. Nervus IV (troklear): biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah. Nervus VI

(abdusen): biasanya hasilnya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

f) Hidung

Pada pasien stroke biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, dan tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius): terkadang pasien tidak bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun juga ada yang bisa, dan biasanya ketajaman penciuman pasien antara kiri dan kanan berbeda.

g) Mulut dan Gigi

Biasanya pada pasien stroke akan mengalami masalah pada bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering, peradangan pada gusi. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis) : biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeal): biasanya ovula yang terangkat simetris, mencong kearah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa pahit dan asam. Pada nervus XII (hipoglasus): pada pasien stroke biasanya dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namunartikulasi kurang jelas saat bicara.

h) Telinga

Biasanya daun telinga kiri dan kanan sejajar. Pada pemeriksaan

nervus VIII (Auditori): biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat hal tersebut tergantung dengan lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengarkan jika suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.

i) Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus): biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya positif dan bludzensky 1 positif.

j) Thorax

(1) Paru – paru

Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan Palpasi : biasanya vocal fremitus sama antarakiri dan kiri

Perkusi : biasanya bunyi normal (sonor) Auskultasi : biasanya suara normal (vesikuler)

(2) Jantung

Inspeksi : biasanya ictus cordis tidak terlihat Palpasi : biasanya ictus cordis teraba Perkusi : biasanya batas jantung normal Auskultasi : biasanya suara vesikuler

k) Abdomen

Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites Auskultasi : biasanya bising usung pasien tidak terdengar. Pada pemeriksaan reflek dinding perut, pada saat perut pasien digores biasanya pasien tidak merasakan apa-apa.

Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran heparPerkusi : biasanya

terdapat suara tympani

l) Ektremitas

(1) Atas

Pada pasien stroke terpasang infus bagian dextra/sinistra. CRT (Cathode Ray Tube) pada pasien biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius): pasien stroke hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak terdapat respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep negative). Respon tersebut terjadi karena adanya hemiplegia. Hemiplegia adalah keadaan dimana klien tidak mampu untuk menggerakkan maupun memberikan respon dan cenderung mengalami kelumpuhan pada salah satu anggota ekstremitas atas dan pada saat pemeriksaan trisep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek bisep negative). Sedangkan padapemeriksaan reflek hoffman tromer biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromer positif). Hal tersebut karena pada stroke mengalami hemiparesis yang menyebabkan salah satu tangan terjadi kelemahan atau penurunan kekuatan otot.

(2) Bawah

Saat pemeriksaan reflek pada penderita stroke, biasanya saat pemeriksaan bluedzensky I kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky positif). Saat pemeriksaan telapak kaki

digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky positif). Pada saat pemeriksaan dorsum pedis digores biasanya jari kaki tidak berespon (reflek caddokpositif) hal tersebut karena pasien mengalami stroke hemiplegia, yang biasanya salah satu anggota gerak kaki tidak bisa digerakkan. Lalu pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim positif) dan saat betis diremas dengan kuat biasanya pasien tidak dapat merasakan apa-apa (reflek gordon positif). Dan pada saat dilakukan reflek patella biasanya fremur tidak bereaksi saat di ketukan (reflek patella positif). Sedangkan pada pasien stroke hemiparesis didapatkan salah satunya kaki menjadi lemah tetapi tidak sepenuhnya.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap 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 (D.0009)

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

Penyebab :

a) Hiperglikemia
b) Penurunan konsentrasi himoglobin
c) Peningkatan Tekanan Darah
d) Kekurangan volume cairan
e) Penurunan aliran arteri dan/atau vena
f) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup, monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilisasi)
g) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis diabetes melitus, hiperlipidemia)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Pengisian Kapiler<3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)	1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks ankle-brachial <0,90 4. Bruit femoral

2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atumenyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

a) Gangguan muskulusekeletal

b) Gangguan neuromaskular

c) Kelemahan

d) Gangguan psikologis dan/atau psikotik

e) Penurunan motivasi minat

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

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 menalan makanan

b) Ketidakmampuan mencerna makanan

c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien

d) Faktor ekonomi

e) Faktor psikologis

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 neuromaskuler
c) Gangguan pendengaran
d) Gangguan muskulusekelestal
e) Kelainan platum
f) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotirooidektomi)
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.

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai

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)

Perubahan presepsi stimulasi baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistrosi

Penyebab :

a) Gangguan penglihatan

b) Gangguan pendengaran

c) Gangguan penghiduan

d) Gangguan perabaan

Tanda dan Gejala Mayor

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

Tanda dan Gejala Minor

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

6) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040)

Disfungsi eliminasi urin

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

Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

7) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari suatu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebab :

a) Kerusakan integritas struktus tulang

b) Perubahan metabolisme

c) Ketidakbugaran fisik

d) Penurunan kendali otot

e) Penurunan masa otot

f) Penurunan kekuatan otot

g) Keterlambatan perkembangan

h) Kekakuan sendi

i) Kontraktur

j) Malnutrisi

k) Gangguan muskolaskeletal

l) Gangguan neuromaskular

m) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75sesuai usia

n) Efek agen farmakologis

o) Program pembatasan gerak

p) Nyeri

q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitasfisik kecemasan

r) Gangguan kognitif

s) Keengganan melakukan pergerakan

t) Gangguan sensori persepsi

Tanda dan Gejala Mayor

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

Tanda dan Gejala Minor

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

2.3.3 Intervensi Keperawatan

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

Tabel 2.1 Diagnosa dan Intervensi SDKI, SLKI, dan SIKI

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Gangguan Perfusi Jaringan berhubungan dengan peningkatantekanan darah (D.0009)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan kembali normal dengan kriteria hasil : 1) Klien tidak gelisah 2) Tidak ada keluhan nyerikepala, mual, dan kejang 3) GCS 4,5,6 4) Pupil isokor 5) Reflek cahaya (+) TTV normal	Observasi : 1) Identifikasi penyebab perubahan sensasi 2) Monitor perubahan kulit 3) Periksa sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, edema, pengisian kapiler, suhu) Terapeutik : 4) Lakukan pencegahan infeksi 5) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6) Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin) Edukasi : 7) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurunan kolestrol 8) Anjurkan minum obat pengontroltekanan darah secara rutin	1) Untuk mengetahui penyebab perubahan sensasi 2) Untuk mengetahui perubahan kulit 3) Untuk mengetahui sirkulasi perififer (mis.nadi perifer, edema, pengisiankapiler) 4) Untuk mencegah terjadinya infeksi 5) Supaya tekanandarah stabil 6) Supaya kolestrol stabil denganpemberiaan obat

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
2.	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan neuromaskular (D.0109)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam terjadi prilaku peningkatan perawatan diri Kriteria hasil: 1) Klien menunjukan perubahan gaya hidupuntuk kebutuhanmerawat diri 2) klien mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan, mengidentifikasikan personal masyarakat yang dapat membantu	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) Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 5) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 6) Fasilitasi kemandirian, bantujika tidak mampu melakukan perawatan diri 7) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi : 8) Anjurkannmelakukan perawatan dirisecara konsistensesuai kemampuan	1) Untuk megetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Untuk mengetahuitingkat kemandirian 3) Untuk mengetahui kebutuhan alatkebersihan yangdiperlukan 4) Untuk memudahkan melakukan perawatan diri 5) Dengan adanyadukungan dari keluarga maka klien merasa senang 6) Untuk melatih kemampuan klien dalam perawatan diri

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
3.	Resiko Defisit Nutrisi berhubungandengan ketidakmampuan menelan dan mengunyah	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jamdiharapkan 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 albuminnormal 6) Lingkar pasien normal	Observasi : 1) Identifikasi statusnutrisi 2) Identifikasi kebutuhan kaloridan jenis nutrien 3) Monitor beratbadan 4) Identifikasi makanan yangdisukai Terapeutik : 5) Lakukan oral hygiene sebelummakan, jika perlu 6) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah kostipasi 7) Berikan makanan tinggi protein dantinggi kalori Edukasi : 8) Anjurkan posisiduduk, jika mampu 9) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : 10) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	1) Untuk mengetahui status nutrisi 2) Untuk mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 3) Untuk mengetahui perkembangan berat badan sebelum sakit dan sesudah sakit 4) Untuk mengetahui makanan apa yang disukai 5) Untuk menjaga kebersihan mulut 6) Untuk mencegah supaya tidak terjadi konstipasi 7) Untuk mencegah tersedak saat makan

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
4.	Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromaskular (D.0119)	Setelah di lakukan perawatan 3x24 jam di harapkan klien menunjukkan peningkatan kemampuan komunikasi verbal Kriteria hasil: Keluarga mengungkapkan pelo yang di alami klien berkurang. Klien berkomunikasi dengan jelas. Klien tidak berbicara berulang-ulang untuk mengulang maksud yang sama.	Observasi : 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara 2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran dan bahasa) 3) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik : 4) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, isyarat tangan dan komputer) 5) Ulangi apa yang disampaikan pasien 6) Berikan dukungan psikologis Edukasi : 7) Anjurkan bicaraperlahan Kolaborasi : 8) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	1) Untuk mengetahui kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara 2) Untuk mengetahui proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3) Untuk mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 4) Dengan adanya dukungan psikologis klien merasa senang

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
5.	Perubahan presepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapakan klien mampu mempethankan fungsi sensori dengan kriteria hasil : 1) Mempertahankan tingkat kesadaran danfungsi persepsi 2) Mendemonstrasikan tingkah lakuuntuk 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, warnakulit, suhu, sensasi dan kondisi secara berkala Terapeutik : 4) Pertahankan lingkungan yangaman 5) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol emosi 6) Jadwalkan aktivitasdan jadwal hariain 7) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori Edukasi : 8) Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)	1) Untuk mengetahui tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 2) Untuk mengetahui status mental, sensori dan tingkat kenyamanan 3) Untuk mengetahui tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit dan suhu 4) Untuk memberikanrasa nyaman dan aman kepada klien 5) Supa ya klien mempunyai kegiatan danaktivitas setiap hari 6) Untu k mengatasi ganguan persepsi sensori yang dialami klien dengan pemberian obat rutin

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
			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, jikaperlu	
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 sebelumBAK 3) Kulit bersih dan kering Terhindar dari infeksi	Observasi : 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinesiaurine 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atauinkontinesia urine 3) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna)Terapeutik : 4) Catat waktu-waktu dan haluaranberkemih 5) Batasi asupan	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 warnaurin Supaya mengetahui tanda dan gejala infeksi saluran

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
			cairan, jika perlu kemih 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 : 9) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra,jika perlu	
7.	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan himeperise/hemiplegia (D.0054)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya Kriteria hasil: 1) Tidak terjadi kontraktur sendi. Bertambahnyakekuatan otot Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas	Observasi : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identi fikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor kondisi umum selama melakukan Mobilisasi Terapeutik : 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5) Fasilitasi melakukan pergerakan, jikaperlu 6) Libatkan keluarga	

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
			untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : 7) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 8) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 9) Ajarkan mobilisasi sederhana (mis. duduk di tempattidur, duduk di sisi tempat tidur)	

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan mencakup peningkatan kesehatan, dan menafistasi koping. Implemenasi keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan oleh seorang perawat berdasarkan intervensi/rencana keperwatan (Purba, 2020).

Komponen implementasi dari proses keperawatan mempunyai lima tahap: mengkaji ulang klien, menelaah dan memodifikasi rencana asuhan yang sudah ada, mengidentifikasi area bantuan, mengimplementasikan intervensi keperawatan. Dan mengomunikasikan intervensi. (Meylinta, 2019)

1) Mengkaji Ulang Pasien

   Pengkajian adalah suatu proses yang berkelanjutan, yang mungkin difokuskan hanya pada satu dimensi atau sistem. Setiap kali perawat berinteraksi dengan klien, data tambahan dikumpulkan untuk mencerminkan kebutuhan fisik, perkembangan, intelektual, emosional. sosial, dan spiritual klien. Ketika data baru didapatkan dan kebutuhan baru diidentifikasi, perawat memodifikasi asuhan keperawatan. Fase pengkajian ulang terhadap komponen implementasi memberikan mekanisme bagi perawat untuk menentukan apakah tindakan keperawatan yang diusulkan masih sesuai.

2) Menelaah dan Memodifikasi Rencana Asuhan Keperawatan yang Ada meskipun rencana asuhan keperawatan telah dikembangkan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang teridentifikasi selama pengkajian, perubahan dalam status klien mungkin mengharuskan modifikasi asuhan keperawatan yang telah direncanakan. Sebelum memulai perawatan, perawat menelaah rencana asuhan dan membandingkannya dengan data pengkajian untuk memvalidasi diagnose keperawatan yang dinyatakan dan menentukan apakah intervensi keperawalan yang paling sesuai untuk situasi klinis saat itu. Jika status klien telah berubah dan diagnose keperawatan serta intervensi keperawatan yang berhubungan tidak lagi sesuai, maka rencana asuhan keperawatan harus dimodifikasi.

3) Mengidentifikasi Bidang Bantuan

Beberapa situasi keperawatan mengharuskanperawat untuk mencari bantuan. Bantuan dapat berupa tambahan tenaga, pengetahuan, atau keterampilan keperawatan. Sebelum mengimplementasikan asuhan, perawat mengevaluasi rencana untuk menentukan kebutuhan bantuan dan tipe yang dibutuhkan. Situasi yang membutuhkan tambahan tenaga beragam. Sebagai contoh, perawat yang ditugaskan untuk merawat klien mobilisasi mungkin membutuhkan tambahan tenaga untuk membantu membalik, memindahkan, dan mengubah posisi klien karena kerja fisik yang terlibat. Perawat juga harus menentukan kapan tambahan tenaga dibutuhkan. Jika klien harus dibalik dan diposisikan kembali setiap 2 jam, maka tambahan tenaga

akan diperlukan setiap 2 jam. Perawat kemudian harus menentukan jumlah tenaga yang diperlukan dan harus mendiskusikan kebutuhan bantuan dengan sumber potensial. Akhirnya, perawat harus meluangkan waktu untuk merencanakan asuhan,sehingga anggota tim perawatan lainnya tidak menjadi terganggu. Tenaga tambahan juga dibutuhkan ketika status kesehatan klien menurun atau ketika jumlah klien meningkat. Dalam kedua situasi tingkat asuhan keperawatan yang dibutuhkan adalah terlalu banyak untuk satu orang perawat untuk dapat memberikan asuhan dengan aman. Beberapa situasi keperawatan membutuhkan pengetahuan dan keterampilan tambahan. Perawat membutuhkan pengetahuan tambahan ketika memberikan medikasi baru atau menerapkan prosedur baru. Informasi ini dapat diperoleh dari buku prosedur atau panduan rumah sakit, anggota tim perawatan kesehatan lainnya dapat dirujuk.

4) Mengimplementasikan Intervensi Keperawatan

Perawat memilih intervensi keperawatan berikut metoda untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan:

a) Membantu dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari
b) Mengonsulkan dan menyuluh klien dankeluarganya
c) Memberi asuhan keperawatan langsung
d) Mengawasi dan mengevaluasi kerja anggotastaf lainnya

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah langkah terakhir pada proses keperawatan, evaluasi keperawatan ini dilakukan untuk menandai apakah rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien sudah tercapai atau sudah sesuai dengan perencanaan atau tidak. (Fatihah, 2020). Pada saat akan melakukan pendokumentasian, menggunakan SOAP yaitu :

S : Data subjektif merupakan masalah yangdiutarakan klien

O : Data objektif merupakan tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa keperawatan

A : Analisis dan diagnosa

P : Perencanaan merupakan pengembangan rencana yang akan datang dari intervensi