BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep CVA *(Cerebro Vasculer Accident)*

2.1.1 Definisi CVA *(Cerebro Vasculer Accident)*

CVA (Cerebro Vasculer Accident) Infark adalah suatu sindroma yang mempunyai karakteristik suatu serangan yang mendadak, nonkonvulsif yang di sebabkan karena gangguan peredaran darah otak non traumatik (Tarwoto, 2013). *CVA (Cerebro Vasculer Accident) Infark* didefinisikan sebagai sebuah sindrom yang memiliki karakteristik tanda dan gejala neurologis klinis fokal dan global yang berkembang dengan cepat, adanya gangguan fungsi serebral, dengan gejaka yang berlangsung lebih dari 24 jam atau menimbulkan kematian tanpa terdapat penyebab selain yang berasal dari vaskuler (Christanto et al, 2014). *CVA (Cerebro Vasculer Accident) infark* merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf *(deficite neurologis)* akibat terhambatnya aliran darah ke otak (Junaidi, 2011). *CVA (Cerebro Vasculer Accident) infark* juga di definisikan sebagai kelainan fungsi otak yang timbul mendadak, disebabkan karena terjadi gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja (Muttaqin, 2008). Dari beberapa definisi *CVA Infark* diatas dapat disimpulkan bahwa *CVA Infark* adalah sindrom klinis yang timbulnya mendadak disebabkan karena gangguan suplai darah ke otak sehingga sel – sel otak kekurangan darah, oksigen atau zat – zat

makanan dan padaakhirnya akan terjadi kematian pada sel – sel otak.

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Indrawati, (2016) berdasarkan kronologis gejala klinisnya, *CVA* (*Cerebral Vaskular Accident*) *infark* dapat dibagi menjadi empat jenis yaitu :

1) *Transient ischemic attack* (TIA) adalah gangguan fungsi otak yang bersifat lokal, timbul secara mendadak, dan akan pulih dalam 24 jam.
2) *Reversible neurological deficit* (gangguan neurologis sementara) adalah gangguan fungsi otak yang terjadi lebih dari 24 jam dan akan menghilang dalam waktu 3 minggu.
3) *CVA in evolusion* (CVA progresif) adalah gangguan fungsi otak berlangsung perlahan semakin lama semakin berat
4) *Completed CVA* (CVA lengkap) adalah gangguan fungsi otak maksimal dan cenderung menetap sejak awal serangan dengan sedikit perbaikan.

Sedangkan berdasarkan keadaan patologis *CVA* (*Cerebral VaskularAccident*) atau *CVA infark* dapat diklasifikasikan menjadi :

1) *CVA trombosis* adalah pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.
2) *CVA emboli* adalah benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pada pembuluh darah otak.

3) *Hipoperfusi* sistemik disebabkan menurunnya tekanan arteri.
4) *CVA* akibat penyempitan lumen arteri yang terjadi karena infeksi atau proses peradangan, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2.1.3 Etiologi CVA *Infark*

Menurut Mutaqin, (2008) penyebab CVA *infark* yaitu :

1) *Thrombosis Serebral*

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema di sekitarnya. *Thrombosis* biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktifitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan *Iskemi serebral*. Tanda dan gejala neurologis memburuk pada 48 jam setelah trombosisi. Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan *thrombosis* orak :

a) *Aterosklerosis*

Aterosklerosis adalah suatu proses penebalan dan pengerasan dinding pembuluh darah arteri berukuran sedang dan besar yang berlangsung secara progresif sebagai akibat dari rimbunan lemak atau plak pada lapisan dalam pembuluh darah, yang dapat membatasi atau menghambat aliran darah.

b) *Hiperkoagulasi* pada *polisitemia*

Istilah kekentalan darah sebenarnya leih relevan untuk merujuk pada penyakit *hiperkoagulas*i atau darah mudah beku.

Terkadang istilah ini digunakan untuk menyebut *polisitemia* atau kadar Hb dalam darah di atas batas normal. Namun *hiperkoagulasi* berbeda dengan *polisitemia* karena kaitannya dengan darah yang mudah membeku. Akibatnya, ada gumpalan-gumpalan dalam cairan darah yang bisa membentuk sumbatan di pembuluh-pembuluh darah yang halus, misalnya di otak dan jantung. Jika pembuluh darah yang tersumbat ini pecah bisa terjadi *CVA*, serangan jantung, atau jika terjadi pada mata akan nyebabkan kebutaan. Dalam kondisi *polisitemia* jumlah darah dalam pembuluh darah berlebih sehingga alirannya melambat.

c) *Arteritis*

Arteritis adalah suatu kondisi medis yang ditandai dengan peradangan pada arteri- arteri terbesar pada tubuh dan cabang-cabang utamanya *(aorta)* yang menghantarkan darah kaya akan oksigen dari jantung ke seluruh tubuh. Hal ini dapat menyebabkan hilangnya nadi di lengan,tungkai, dan daerah-daerah lain.

d) *Emboli*

Dapat terjadi karena adanya penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Biasanya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Keadaan-keadaan yang dapat menimbulkan emboli.

2) Penyakit jantung reumatik

a) *Infark miokardium*

b) *Fibrilasi* dan keadaan *aritmia* : dapat membentuk gumpalan-gumpalankecil yang dapat menyebabkan emboli cerebri

c) *Endokarditis* : menyebabkan gangguan pada endokardium. (Djandon,2012)

2.1.4 Manifestasi Klinis

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

Gejala klinis CVA meliputi :

1) Kelumpuhan

   Kelumpuhan wajah atau kelumpuhan anggota badan sebelah (hemiplegia) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di area korteks bagian frontal. Kerusakan ini bersifat kontralteral yang artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka terjadi kelumpuhan otot sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan control vulenter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

   Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system syaraf otonom dan gangguan syaraf sensorik.

3) Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, srupor atau koma).

   Terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolic otak akibathipoksia.

4) Afasia (kesulitan dalam bicara)

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

5) Disartria (bicara cadel atau pelo)

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

6) Gangguan penglihatan, diplopia

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

7) Disfagia

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

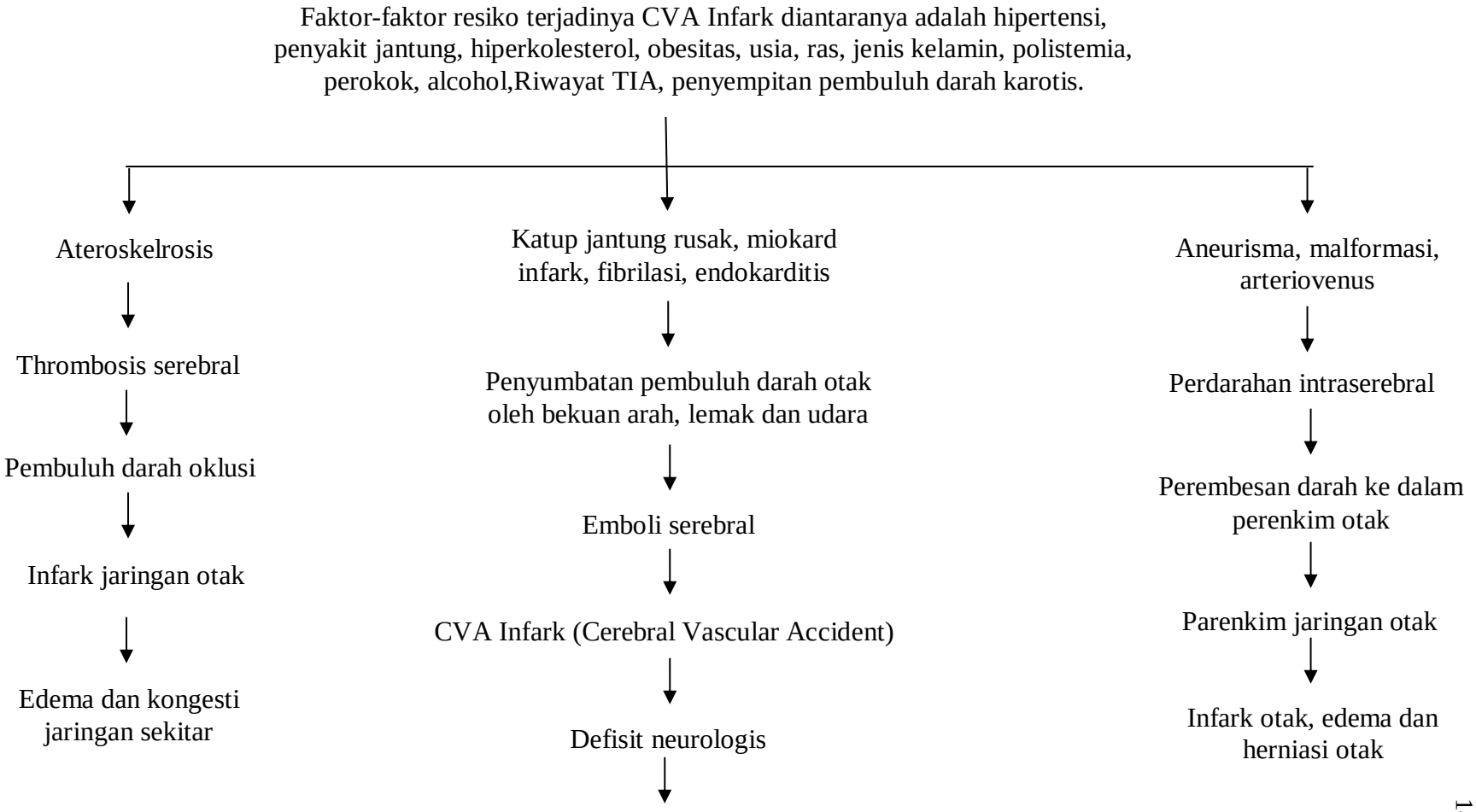
8) Inkontinensia

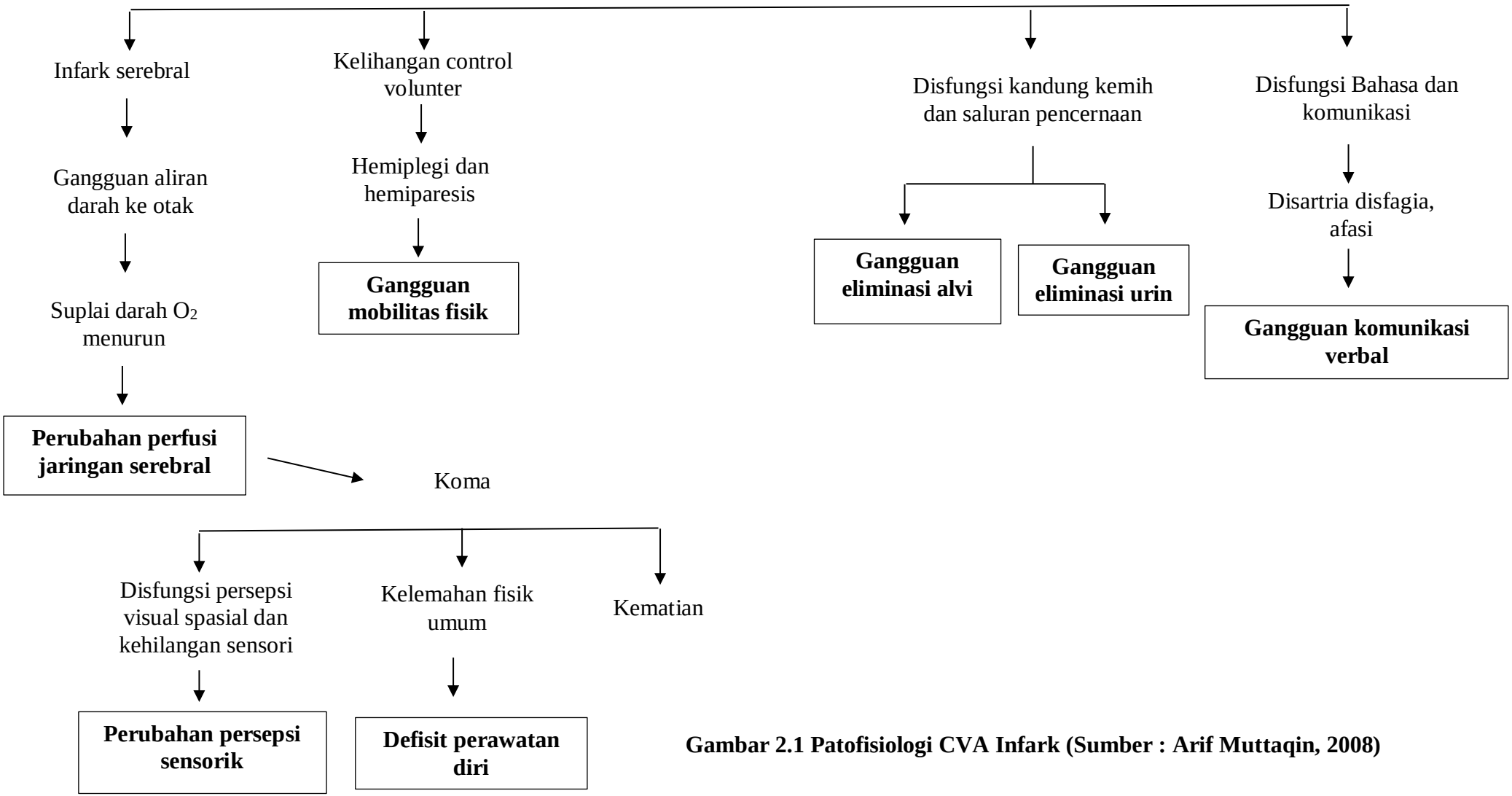
   Inkontinensia baik bowel maiupun bledder sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

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

2.1.5 Patofisiologi

1) Skema





Gambar 2.1 Patofisiologi CVA Infark (Sumber : Arif Muttaqin, 2008)

2) Uraian Pathway

Dalam buku Muttaqin (2008), menjabarkan patofisiologi CVA Infark sebagai berikut :

Faktor-faktor resiko terjadinya stroke diantaranya adalah hipertensi, penyakit jantung, hiperkolesterol, obesitas, usia,ras,jenis kelamin, polistemia, perokok, alcohol, Riwayat TIA, penyempitan pembuluh darah karotis (Tarwoto, 2013). Diantara faktor tersebut dapat mengakibatkan aterosklerosis, katup jantung rusak, miokard infark, fibrilasi, endocarditis, aneurisma, malformasi dan arteriovenous.

Aterosklerosis mengakibatkan timbulnya thrombosis serebral (penggumpalan darah pada otak). Sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah), edema dan kongesti (pembendungan) jaringan di area otak.

Katub jantung yang rusak, miokard infark, fibrilasi, endocarditis mengakibatkan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara, sehingga timbul emboli serebral.

Aneurisma mengakibatkan terjadinya perdarahan intraserebral sehingga mengalami pembesaran darah kedalam parenkim otak dan berakibat terjadinya penekanan jaringan otak. Kondisi tersebut apabila dibiarkan dan tidak segera ditangani akan mengakibatkan penyakit stroke.

CVA mengakibatkan defisit neurologis seperti infark serebral,

kehilangan control valunter, kemampuan batuk menurun, disfungsi kandung kemih serta saluran pencernaan, disfungsi Bahasa dan komunikasi

Infark serebral mengakibatkan adanya gangguan aliran darah ke otak yang ditandai dengan suplai O2 menurun, sehingga muncul masalah keperawatan Perubahan perfusi jaringan serebral. Pada daerah ekstermitas terjadi kehilangan control volunteer atau kelemahan, otot-otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada sisi otak yang berlawan. Hal tersebut menyebabkan kelumpuhan pada sisi tubuh tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan ataupun kaki, sehingga muncul masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik. Kondisi koma mengakibatkan Disfungsi persepsi visual spasial dan kehilangan sensori sehingga muncul masalah keperawatan Perubahan persepsi sensorik. Kondisi juga mengakibatkan kelemahan fisik secara umum yang akan menimbulkan masalah keperawatan defisit keperawatan diri, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity Of Daily Living). Kerusakan otot fasial pada wajah berakibat pada disfungsi Bahasa dan komunikasi yang ditandai dengan disartia, disfasia, afasia, sehingga muncul masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal. Disamping disfungsi Bahasa dan komunikasi defisit neurologis mengakibatkan kemampuan batuk menurun yang ditandai dengan produksi secret meningkat, shingga muncul masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Pada saluran

perkemihan terjadi disfungsi kandung kemih akibat kelemahan otot finger sehingga menimbulkan masalah keperawatan gangguan eliminasi urine. Sedangkan pada saluran pencernaan mengalami gangguan eliminasi alvi.

2.1.6 Komplikasi CVA *(Cerebral Vasculer Accident)*

Komplikasi CVA menurut Tarwoto (2013), yaitu:

1) Fase Akut.

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak.tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan danlokasinya.

b) Edema Serebri

Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pada pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstesiel akan berpindah ke extraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial

Bertambahnya massa pada otak sperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neorologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala,gangguan kesadaran peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi pada

serebral yang dapat mengancam kehidupan.

d) Aspirasi

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

2) Komplikasi Kronis

a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi karena akibat imobilisasi.

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

c) Malnutrisi karena intake yang adekuat

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Tarwoto (2013), pemeriksaan penunjang untuk klien CVA Infark yaitu meliputi:

1) Radiologi

a) *Computerized Tomografi Scanning* (CT Scan): mengetahui area infark, edema, hematoma, struktur dan sistemventrikuler otak

b) *Magnetic Resonance* (MRI): menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformai arteriovena.

c) *Elektro Enchephalografi* (EEG): mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

d) *Angiografi Serebral*: membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, adanya titik

oklusi atau ruptur.

e) Sinar X Tengkorak: mengetahui adanya klasifikasi karotis interna pada trombosis serebral.

f) Pungsi Lumbal: menunjukkan adanya tekanan normal. Jika tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukan perdarahan subarachnoid atau perdarahan intrakranial.

g) Elektro Kardiogram: mengetahui adanya kelainan jantung yang juga menjadi faktor penyebab stroke.

2) Laboratorium

a) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leokosit, Trombosit,Eritrosit, LED.

b) Pemeriksaan gula darah sewaktu

c) Kolesterol, lipid.

d) Asam urat

e) Elektrolit

f) Masa pembekuan dan masa perdarahan

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada *CVA* (*Cerebral Vascular Accident*) *infark* dibagi menjadi 2, yaitu penatalaksanaan umum dan terapi obat-obatan (Tarwoto, 2013). Dalam penatalaksanaan umum dilakukan :

1) Fase akut

a) Terapi cairan untuk mempertahankan sirkulasi dan tekanan darah.

b) Terapi oksigen untuk mengurangi hipoksia dan mempertahankan metabolisme otak.

c) Penatalaksanaan peningkatan intrakranial untuk mengurangi edema serebri.
d) Monitor fungsi pernafasan melalui analisa gas darah.
e) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.
f) Evaluasi status cairan dan elektrolit.
g) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan dan cegah risiko injuri.
h) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.
i) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan antikoagulan.
j) Monitor tanda-tanda neurologi.

2) Fase rehabilitasi
a) Pertahankan nutrisi yang adekuat.
b) Program managemen bladder dan bowel.
c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM).
d) Pertahankan integritas kulit.
e) Pertahankan komunikasi yang efektif.
f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
g) Persiapan pasien pulang.

Sedangkan terapi obat-obatan dilakukan yaitu :

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

hipertensi.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan CVA *Infark*

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

1) Identitas Klien

Identitas klien yang dicatat meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, suku/bangsa, pekerjaan, pendidikan, status, tanggal dan jam MRS, nomer registrasi, alamat dan diagnosa medis (Tarwoto, 2013).

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada klien gangguan sistem persarafan biasanya akan terlihat bila sudah terjadi disfungsi neurologis. Keluhan yang sering didapatkan meliputi kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, konvulsi (kejang), sakit kepala yang hebat, nyeri otot, kaku kuduk, sakit punggung, tingkat kesadaran menurun (GCS < 15), akral dingin, dan ekspresi rasa takut (Tarwoto, 2013).

3) Riwayat penyakit sekarang

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

P : Sebagian besar klien mengatakan pusing atau nyeri pada bagian tubuh tertentu.

Q : Nyeri yang dirasakan biasanya seperti tetusuk-tusuk jarum.

R : Nyeri yang dirasakan sebagian besar di kepala.

S : Sebagian besar klien memberikan penilaian skala ringan yaitu antara 4-6.

T : Nyeri terasa terus-menerus atau sewaktu-waktu.

4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat CVA sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat anlihipertensi, antilipidemia, penghambat bcta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol, dan penggunaan obat kontrasepsi oral (Tarwoto, 2013).

5) Riwayat penyakit keluarga

Menurut Tarwoto (2013), perlu dikaji adanya riwayat hipertensi ataupun diabetes mellitus pada keluarga, riwayat terjadinya CVA pada keluarga, komposisi keluarga, lingkungan rumah dan komunitas, kultur dan kepercayaan, fungsi dan hubungan keluarga perilaku yang dapat mempengaruhi kesehatan, persepsi keluarga tentang penyakit pasien dan apakah ada anggota keluarga lain yang mengidap penyakit keturunan CVA.

6) Riwayat psikososial dan spiritual

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami

kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif. Dalam pola penanganan, klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses pikir dan kesulitan berkomunikasi. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

7) Pola-pola fungsi kesehatan

a) Pola Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Ada riwayat perokok, penggunaan alkohol, penggunaan obat kontrasepsi oral (Tarwoto, 2013).

b) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut (Muttaqin, 2008).

c) Pola Eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus/bising usus negatif (Muttaqin, 2008).

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise / hemiplegi, mudah lelah (Muttaqin, 2008).

e) Pola Tidur dan Istirahat

Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot (Muttaqin, 2008).

f) Pola Hubungan dan Peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Muttaqin, 2008).

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Muttaqin, 2008).

h) Pola Sensori dan Kognitif

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan atau kekaburan pandangan, perabaan atau sentuhan menurun pada muka dan ekstremitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Muttaqin, 2008).

i) Pola Reproduksi Seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan CVA, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamin (Muttaqin, 2008).

j) Pola Penanggulangan Stress

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi (Muttaqin, 2008).

k) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena adanya kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

8) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Keadaan umum, biasanya klien CVA mengalami badan lemah *(Letargi)*, nyeri kepala *(chepalgia)*, penurunan kesadaran *(apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma)*, terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20 — 30 mmhg), peningkatan suhu (> 37^0C), nadi takikardia, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Muttaqin, 2008).

b) Pemeriksaan Kepala dan Leher

Menurut (Muttaqin, 2008) :

(1) Kepala

Biasanya bentuk kepala normocephalik.

(a) Rambut

Umumnya tidak ada kelainan.

(b) Muka

Umumnya pada muka tidak simetris (ketidaksimetrisan muka menunjukkan adanya gangguan pada saraf ke tujuh / nervus fasialis).

(c) Mata

Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun).

(d) Hidung

Adanya gangguan pada penciuman. Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.

(e) Telinga

Biasanya pendengaran ada finitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga).

(f) Mulut

Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, disartria (bicara cedal atau pelo), Afasia (kehilangan kemampuan berbicara), disfasia (gangguan berbicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.

(2) Leher

Biasanya kaku kuduk jarang terjadi.

(3) Pemeriksaan dada

(a) Paru-Paru :

(1) Inspeksi

Pada klien dengan tingkat kesadaran Compos Mentis, pernapasannya tidak ada kelainan.

(2) Palpasi

Didapatkan taltil vremitus seimbang kanan dan kiri.

(3) Perkusi

Suara sonor.

(4) 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 seperti ronchi (Muttaqin, 2008).

(b) Jantung

(1) Inspeksi

Ictus cordis tidak nampak.

(2) Palpasi

Teraba *Ictus cordis* pada ICS V *linea midclavicularis sinistra.*

(3) Perkusi

Suara jantung pekak.

(4) Auskultasi

Irama jantung *irreguler*, terdengar suara jantung I dan II, *murmur* atau *gallop*.

(4) Pemeriksaan Abdomen

(a) Inspeksi

Ada pernafasan perut (pernafasan diafragma).

(b) Palpasi

Tidak teraba massa, tidak ada nyeri tekan.

(c) Perkusi

Suara thympani sampai hiperthympani, kadang terdapat kembung.

(d) Auskultasi

Terjadi penurunan peristaltik (normalnya 15 — 35 x/ menit).

(5) Pemeriksaan Genetalia dan Anus

Kadang terdapat inkontinensia atau retensi urine (Sinta, 2011).

(6) Pemeriksaan Integument

(a) Kulit

Jika klien kekurangan O_2 kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka fturgor kulit akan jelek (kembali > 2 detik). Di samping itu perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien CVA harus bed rest.

(b) Kuku

Perlu dilihat adanya *clubbing finger, cyanosis.*

(Sinta, 2011).

(7) Pemeriksaan Muskuloskeletal

Amati adanya pembengkakan atau edema dan pergerakan sendi, sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh *(hemiparese)* (Muttaqin, 2008).

(8) Pemeriksaan Neurologi

(a) Tingkat kesadaran

Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien CVA biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikoma. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan keperawatan.

Berdasarkan skor GCS menurut Asfuah (2014) dapat diklasifikaskan derajat kesadaran pasien secara kualitatifnya yaitu :

(1) Sadar (compos mentis)

Dapat berorientasi dan komunikasi. Skornya 14-15.

(2) Apatis

Keadaan yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh. Skornya 12-13.

(3) Delireum

Gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu), memberontak berteriak-teriak, berhalusinasi, kadang berkhayal.

(4) Somnolen

Dapat digugah dengan stimulasi, bereaksi secara motorik/verbal kemudian terlelap lagi. Gelisah atau

tenang. Skornya 11-12.

(5) Stupor

Gerakan spontan, menjawab secara refleks terhadap rangsangan nyeri, pendengaran dengan suara keras dan penglihatan kuat. Verbalisasi mungkin terjadi tapi terbatas pada satu atau dua kata saja. Non verbal dengan menggunakan kepala. Skornya 8-10.

(6) Semi Koma

Tidak terdapat respon verbal, reaksi rangsangan kasar dan ada yang menghindar (contoh menghindari tusukan).

(7) Koma

Tidak bereaksi terhadap stimulus. Skornya <5. Menurut Asfuah (2012) GCS dapat dinilai melalui respon mata/eye (E), respon bicara/verbal (V), dan respon gerak/motorik (M) dengan perhitungan sebagai berikut:

(a) Eye/Mata

4: Membuka mataa secara spontan tanpa stimulasi dalam kondisi terjaga penuh.

3: Bisa membuka mata jika distimulasi dengan cara ditepuk-tepuk badannya.

2: Bisa membuka mata dengan rangsangan nyeri.

1: Tidak bisa membuka mata/tidak ada respon.

(b) Verbal/Bicara

5: Bisa menjawab sesuai dengan yang dinyatakan. 4: Bisa menjawab dengan kalimat, tapi tidak jelas. 3: Bisa menjawab dengan kata tapi tidak jelas.

2: Bisa menjawab dengan erangan.

1: Tidak ada suara.

(c) Motorik/Gerak

6: Bisa bergerak sesuai yang diperintahkan.

5: Bisa bergerak ketika distimulasi melokalisir menepis stimulasi dari rangsangan nyeri.

4: Bisa bergerak ketika distimulasi nyeri dan bisa menghindar dari rangsang nyeri.

3: Fleksi terhadap rangsang nyeri.

2: Ekstensi terhadap nyeri.

1: Tidak ada gerakan.

(b) Saraf Kranial

(1) Saraf kranial 1

Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

(2) Saraf kranial II

Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan

hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

(3) Saraf kranial III, IV, dan VI |

Jika akibat CVA mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.

(4) Saraf kranial V

Pada beberapa keadaan CVA menyebabkan paralisis saraf trigenimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.

(5) Saraf kranial VII

Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.

(6) Saraf kranial VIII

Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.

(7) Saraf kranial IX dan X

Kemampuan menelan kurang baik dan sulit membuka mulut.

(8) Saraf kranial XI

Tidak ada *atrofi* otot *sternokleidomastoideus* dan *trapezius*.

(9) Saraf kranial XII

Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan Sasikulasi, serta indra pengecapan normal.

(Muttaqin, 2008)

(9) Pemeriksaan Refleks

Refleks fisiologis, seperti refleks bisep, trisep, brakioradialis, patella, achiles dan refleks patologis, seperti refleks plantar (babinski) dan chaddock mengalami abnormalitas pada sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan. Pada fase akut, refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis ((Misbach, 1999) dalam (Sinta, 2011)).

Skala uji refleks MSR *(Muscle Stretch Reflec)*

Skala dan Ciri-ciri :

0 : Tidak ada

1 : Ada tapi lemah

2 : Normal

3 : Meningkat tetapi tidak pathologis

4 : Hiperaktif

(10) Pemeriksaan Penunjang

(a) Pemeriksaan radiologi

(1) CT-Scan

Didapatkan *hiperdens fokal*, kadang-kadang masuk ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

(2) MRI

Untuk menunjukkan area yang mengalami infark.

(3) *Angiografi serebral*

Membantu menentukan penyebab CVA secara spesifik, seperti perdarahan atau obstruksi arteri.

(4) Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita CVA.

(b) Pemeriksaan laboratorium

(1) Fungsi lumbal : Menunjukan adanya tekanan normal dan cairan tidak mengandung darah atau jernih.

(2) Pemeriksaan kimia darah: Pada CVA akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur - angsur turun kembali.

(3) Pemeriksaan darah lengkap: Untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

(Sinta, 2011).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Tarwoto, 2013) ada beberapa diagnosa CVA Infark yang muncul antara lain :

1) Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, perdarahan, vasospasme serebral, edema serebral, peningkatan tekanan intrakranial.

   Data pendukung :

   a) Penurunan kesadaran
   b) Nilai GCS
   c) Perubahan tanda vital
   d) Perubahan sensorik dan motoric
   e) Penurunan fungsi memori
   f) Nyeri kepala
   g) Muntah
   h) Kejang
   i) Perubahan pupil
   j) Perubahan pola napas
   k) Nilai AGD
   l) Hasil CT Scan, MRI adanya edema serebri, perdarahan, herniasi.
   m) Penggunaan terapi deuretik, sedatif.

2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan, pasrestesia, paralisis.

   Data pendukung :

a) Pasien mengatakan tidak mampu menggerakan tangan dan kaki sebelah
b) Pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan ADL
c) Kebutuhan ADL dibantu
d) Adanya hemiplegia/hemiprase
e) Pergerakan, ambulasi dibantu
f) Tonus otot kurang
g) Kekuatan otot kurang
h) Atropu, kontraktur
i) Hasil EMG

3) Gangguan komunikasi verbal/non verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neuromuskuler, kelemahan umum.

Data pendukung :

a) Pasien tidak mampu berkomunikasi
b) Tanda-tanda frustasi karena tidak mampu berkomunikasi
c) Disartia, aphasia
d) Kelemahan otot wajah
e) Kelemahan otot lidah
f) Adanya infak pada are bicara dari hasil CT Scan, MRI

4) Gangguan persepsi berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, intregasi, stress psikologik.

Data pendukung :

a) Diplopia
b) Pandangan kabur

c) Aphasia sensorik

d) Penurunan tingkat kesadaran

e) Disorientasi

f) Perubahan pola komunikasi

5) Gangguan perawatan diri : ADL berhubungan dengan defisit neuromuskuler, menurunnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol otot, gangguan kognitif.

Data pendukung :

a) Adanya penurunan kesadaran

b) Kelemahan fisik (hemiparese)

c) Atropi otot

d) Kontraktur otot

e) Ketidakmampuan melakukan ADL sendiri

6) Gangguan eliminasi urine : inkontinensia fungsional sehubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan komunikasi.

Data pendukung :

a) Pasien mengatakan tidak mampu mengontrol BAK

b) Inkonteninensia

c) Bladder penuh

d) Distensi bladder

7) Gangguan eliminasi bowel : konstipasi, diare sehubungan dengan menurunnya control volunteer, kerusakan komunikasi, perubahan peristaltic, immobilisasi.

Data pendukung :

a) Pasien mengatakan tidak bisa BAB atau lebih dari 3 kali sehari
b) Feses keras, encer
c) Intake makanan normal
d) Bising usus lambat atau cepat
e) Keadaan immobilisasi
f) Penurunan kesadaran

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah proses kegiatan mental yang memberi pedoman atau pengarahan secara tertulis kepada perawat atau anggota tim kesehatan lainnya tentang intervensi atau tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien. Rencana keperawatan merupakan rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik (Manurung, 2011).

Intervensi keperawatan menurut (Tarwoto, 2013) :

1) **Diagnosa 1** : Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, perdarahan, vasospasme serebral, edema serebral, peningkatan tekanan intrakranial.

   Kriteria hasil :

   a) Pasien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik dan motorik.
   b) Tanda-tanda vital stabil, peningkatan TIK tidak ada

c) Gangguan lebih lanjut tidak terjadi

Tabel 2.1 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji status neurologik setiap jam. 2. Kaji tingkat kesadaran dengan GCS. 3. Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata. 4. Kaji refleks kornea dan refleks gag. 5. Evaluasi keadaan motorik dan sensori pasien. 6. Monitor tanda vital setiap 1 jam. 7. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur. 8. Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas. 9. Pertahankan kepala tempat tidur $30\text{-}45^0$ dengan posisi leher tidak menekuk/fleksi. 10. Anjurkan pasien untuk tidak menekuk lututnya/fleksi, batuk, bersin, feses yang keras atau mengedan. 11. Pertahankan suhu normal. 12. Monitor kejang dan berikan obat anti kejang. 13. Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas pasien seminimal mungkin. 14. Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik. 15. Monitor AGD, $PaCO_2$ antara 35-45 mmHg dan PaO_2 >80 mmHg. 16. Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping. a) Antikoagulan : Heparin b) Antifibrolitik : Amicar c) Antihipertensi d) Steroid, dexametason e) Fenitoin, fenobarbital f) Pelunak feses 17. Bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostik.	1. Menentukan perubahan defisit neurologik lebih lanjut. 2. Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi. 3. Mengetahui fungsi N.II dan III. 4. Menurunnya refleks kornea dan refleks gag indikasi kerusakan pada batang otak. 5. Gangguan motorik dan sensori dapat terjadi akibat edema otak. 6. Adanya perubahan tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak. 7. Bradikardia dapat diakibatkan adanya gangguan otak, murmur dapat terjadi pada gangguan jantung. 8. Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali. 9. Memfasilitasi drainasi vena dari otak. 10. Dapat meningkatkan tekanan intrakranial. 11. Suhu tubuh yang meningkat akan meningkatkan aliran darah ke otak sehingga meningkatkan TIK. 12. Kejang dapat terjadi akibat iritasi serebral dan keadaan kejang. 13. Meminimalkan stimulus sehingga menurunkan TIK. 14. Mempertahankan adekuatnya oksigen, suction dapat meningkatkan TIK. 15. Karbondioksida menimbulkan vasolilatasi, adekuatnya oksigen sangat pentingdalam mempertahankan metabolisme otak. 16. Meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah kloting. Kontraindikasi pada stroke hemoragik. a) Mencegah lisis dan perdarahan b) Menanggulangi hipertensi c) Pengontrol edema serebral d) Mengontrol kejang e) Mencegah proses mengedan f) Menghindari peningkatan tekanan intrakranial 17. Pasien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut.

2) **Diagnosa 2** : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan, parestesia, paralisis.

Kriteria hasil :

a) Mempertahankan keutuhan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur, footdrop.

b) Mempertahankan kekuatan/fungsi tubuh secara optimal

c) Mendemontrasikan teknik/perilaku melakukan aktivitas

d) Mempertahankan integritas kulit

e) Kebutuhan ADL terpenuhi

Tabel 2.2 (tabel rencana tindakan)

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

3) **Diagnosa 3** : Gangguan komunikasi verbal/non verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neuromuskuler, kelemahan umum.

Kriteria hasil :

a) Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal.

b) Terhindar dari tanda-tanda frustasi.

c) Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar.

d) Mampu mengekpresikan diri dan memahami orang lain.

Tabel 2.3 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara. 2. Pertahankan kontak mata dengan pasien saat berkomunikasi. 3. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi : a) Jangan terburu-buru b) Bicara dengan perlahan dan intonasi normal c) Kurangi bising lingkungan d) Jangan paksa pasien untuk berkomunikasi 4. Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh. 5. Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara : a) Instruksikan pasien untuk bicara lambat dan dalam kalimat pendek. b) Pada awal pertanyaan gunakan pertanyaan dengan jawaban "Ya" atau "Tidak" c) Dorong pasien untuk berbagi perasaan dan keprihatinannya 6. Berikan respon terhadap perilaku non verbal. 7. Konsul dengan terapis wicara.	1. Mengidentifikasi masalah komunikasi karena gangguan bicara atau gangguan bahasa. 2. Pasien dapat memperhatikan ekspresi dan gerakan bibir lawan bicara sehingga dapat mudah menginterpretasi. 3. Membantu menciptakan komunikasi yang efektif. 4. Memudahkan penerimaan pasien. 5. Dengan membaiknya bicara percaya diri akan meningkat dan meningkatkan motivasi untuk memperbaiki bicara. 6. Menunjukkan adanya respon dan rasa empati terhadap gangguan bicara pasien. 7. Penanganan lebih lanjut dengan teknik khusus.

4) **Diagnosa 4** : Gangguan persepsi berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, intregasi, stress psikologik.

Kriteria hasil :

a) Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi persepsi

b) Mendemonstrasikan tingkah laku untuk mengkompensasikan kekurangan

Tabel 2.4 (tabel rencana tindakan)

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

5) **Diagnosa 5** : Gangguan perawatan diri : ADL berhubungan dengan defisit neuromuskuler, menurunnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol otot, gangguan kognitif.

Kriteria hasil

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

b) Menampilkan aktivitas perawatan secara mandiri

Tabel 2.5 (tabel rencana tindakan)

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

6) **Diagnosa 6** : Gangguan eliminasi urine : inkontinensia fungsional sehubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan komunikasi.

Kriteria hasil :

a) Pola BAK normal

b) Pasien dapat berkomunikasi sebelum BAK

c) Kulit bersih dan kering

d) Terhindar dari infeksi saluran kemih

Tabel 2.6 (tabel rencana tindakan)

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

7) **Diagnosa 7** : Gangguan eliminasi bowel : konstipasi, diare sehubungan dengan menurunnya control volunteer, kerusakan komunikasi, perubahan peristaltic, immobilisasi.

Kriteria hasil :

a) Pola BAB normal, feses lunak

b) Pasien menyatakan secara verbal kebutuhan-kebutuhan defikasi

Tabel 2.7 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji pola BAB pasien	1. Menentukan perubahan pola eliminasi bowel
2. Lakukan pemeriksaan peristaltik usus	2. Peristaltik yang lambat menimbulkan konstipasi
3. Lakukan mobilisasi dan aktivitas sesuai kemampuan klien	3. Merangsang peristaltik usus
4. Berikan laksatif, suppositoria, enema	
5. Kaji status nutrisi dan berikan diet tinggi serat	4. Membantu mengeluarkan feses
6. Berikan minum ekstra lebih	5. Diet tinggi serat meningkatkan residu dan merangsang BAB
	6. Membantu melunakkan feses

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, Wahit Iqbal et al, 2015). Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2 yaitu :

1) Tindakan Keperawatan Mandiri

   Tindakan yang dilakukan tanpa pesanan Dokter. Tindakan keperawatan mendiri dilakukan oleh perawat. Misalnya menciptakan lingkungan yang tenang.

2) Tindakan Keperawatan Kolaboratif

   Tindakan yang dilakukan oleh perawat apabila perawat bekerja dengan anggota perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertahan untuk mengatasi masalah klien.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat

pada tahap perencanaan (Mahyar, 2010). Semua intervensi keperawatan dievaluasi dengan membandingkan respons aktual klien terhadap hasil yang diharapkan dari rencana/intervensi keperawatan (Mubarak, Wahit Iqbal et al, 2015)

Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahapan proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP, yaitu :

1) S (*Subyektif*) : yaitu keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien).
2) O (*Obyektif*) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium,diraba, dan diukur oleh perawat.
3) A (*Analisis*) : yaitu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.
4) P (*Planning*) : yaitu rencana tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah klien.