

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar CVA (*Cerebro Vascular Accident*)

2.1.1 Pengertian

CVA atau stroke merupakan gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah dalam otak yang bisa timbul secara mendadak dalam beberapa detik atau secara tepat dalam beberapa jam dengan gejala atau tanda-tanda sesuai dengan daerah yang terganggu. Definisi menurut WHO: CVA atau stroke merupakan terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam akibat gangguan aliran darah otak. Sedangkan menurut Neil F Gordon: CVA atau stroke merupakan gangguan potensial fatal dalam suplai darah bagian otak. Tidak ada satupun bagian tubuh manusia yang bertahan bila terdapat gangguan suplai darah dalam waktu yang relative lama sebab darah sangat dibutuhkan dalam kehidupan terutama oksigen pengangkut bahan makanan yang dibutuhkan pada otak dan otak adalah pusat control sistem tubuh termasuk perintah dari semua gerak fisik (Irfan Muhammad, 2010).

2.1.2 klasifikasi

Menurut (Irfan Muhammad, 2010) CVA dapat dibedakan dalam beberapa jenis, antara lain sebagai berikut:

1. Stroke Isemik

Hampir 85 % CVA disebabkan oleh: sumbatan oleh bekuan darah, penyempitan sebuah arteri atau beberapa arteri yang mengarah ke otak atau embolus (kotoran) yang terlepas dari jantung atau arteri ekstrakranial (arteri yang terdapat diluar tengkorak) yang menyebabkan sumbatan di satu atau beberapa arteri intrakrani (arteri yang terdapat di dalam tengkorak. Ini disebut sebagai infak otak atau CVA isemik. Pada orang berusia lanjut lebih dari umur 65 tahun, penyumbatan atau penyempitan dapat disebabkan oleh aterosklerosis (mengerasnya arteri).

Hal inilah yang terjadi pada hampir dua pertiga instan CVA isemik, emboli cenderung terjadi pada orang-orang yang mengidap penyakit jantung (misalnya: denyut jantung cepat tidak teratur, penyakit katup jantung dan sebagainya). Secara rata-rata seperempat dari CVA isemik disebabkan oleh emboli biasanya dari jantung (stroke kardioembolik) bekuan darah dari jantung umumnya terbentuk karena denyut jantung yang tidak teratur (misalnya: fibrilasi atrium), kelainan katup jantung (termasuk katup buatan dan kerusakan katup akibat penyakit rematik jantung), infeksi di dalam jantung (dikenal sebagai endrokarditis) dan pembedahan jantung.

Sebagian CVA isemik terjadi di hemisfer otak, meskipun sebagian terjadi di serebelum (otak kecil) atau batang otak. Beberapa CVA isemik di hemisfer tampaknya bersifat ringan (sekitar 20% dari semua CVA isemik), CVA ini asimtomatik (tidak bergejala; hal ini terjadi pada sepertiga pasien usia lanjut atau hanya menimbulkan kecanggungan,

kelemahan ringan atau masalah daya ingat. Namun CVA ringan ganda dan berulang dapat menimbulkan cacat berat, penurunan kognitif dan dimensia.

2. CVA Hemoragik

CVA hemoragik disebabkan oleh pendarahan ke dalam jaringan otak (disebut CVA hemoragik intraserebrum atau hemaom intraserebrum), atau ke dalam ruang subaraknoid yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut hemoragik subaraknoid). Ini merupakan jenis CVA yang paling mematiakn, tetapi relative hanya menyusun sebagian kecil dari CVA total: 10-15% untuk pendarahan intaserebrum dan 5% untuk pendarahan subaraknoid.

Pendarahan dari sebuah arteri intakranium biasanya disebabkan oleh aneurisma (arteri yang melebar) yang pecah atau karena suatu penyakit. Penyakit yang menyebabkan dinding arteri menipis dan rapuh merupakan penyebab tersering perdarahan intraserebrum. Jika seseorang mengalami pendarahan intraserebrum, darah dipaksa masuk dalam jaringan otak, dan merusak neuron sehingga bagian otak yang terkena tidak dapat berfungsi dengan baik.

Kadang satu-satunya gejala pendarahan subaraknoid adalah nyeri kepala, tetapi jika diabaikan gejala ini akan berakibat fatal. Nyeri kepala khas pada pendarahan subraknoid timbul mendadak, padah dan tanpa sebab yang jelas. Nyeri kepala ini sering disertai oleh untak, kaku leher, kehilangan kesadaran sementara. Namun hampir 30% dari semua pendarahan subaraknoid memperlihatkan gejala yang berbeda dengan yang

lebih jelas, terutama pada orang usia lanjut mungkin tidak menimbulkan nyeri kepala hebat atau memiliki serangan yang parah. Karena itu, semua nyeri kepala yang timbul mendadak harus segera diperiksa.

2.1.3 Etiologi

Menurut (Muttaqin, 2008) penyebab CVA terdiri dari beberapa hal yaitu:

1. Trombois serebra;

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan isemik jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. Hal ini dapat terjadi akibat penurunan aktifitas simpatis dan penurunan darah yang menyebabkan isemik serebral. Tanda dan neurologi sering kali memburuk pada 48 jam setelah thrombosis.

2. Hemoraji

Pembesaran intracranial atau intraserebral termasuk dalam peredaran dalam ruang subaraknoid atau ke jaringan otak itu sendiri. Pendarahan ini terjadi karena arteriosklerosis dan hipertensi, akibat pecahnya pembuluh darah ke otak yang menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergesetan dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga terjadi infak otak, edema, dan mungkin herniasi otak.

3. Hipoksia umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah hipertensi yang parah, henti jantung-paru, curah jantung yang turun akibat aritmia.

4. Hipoksia setempat

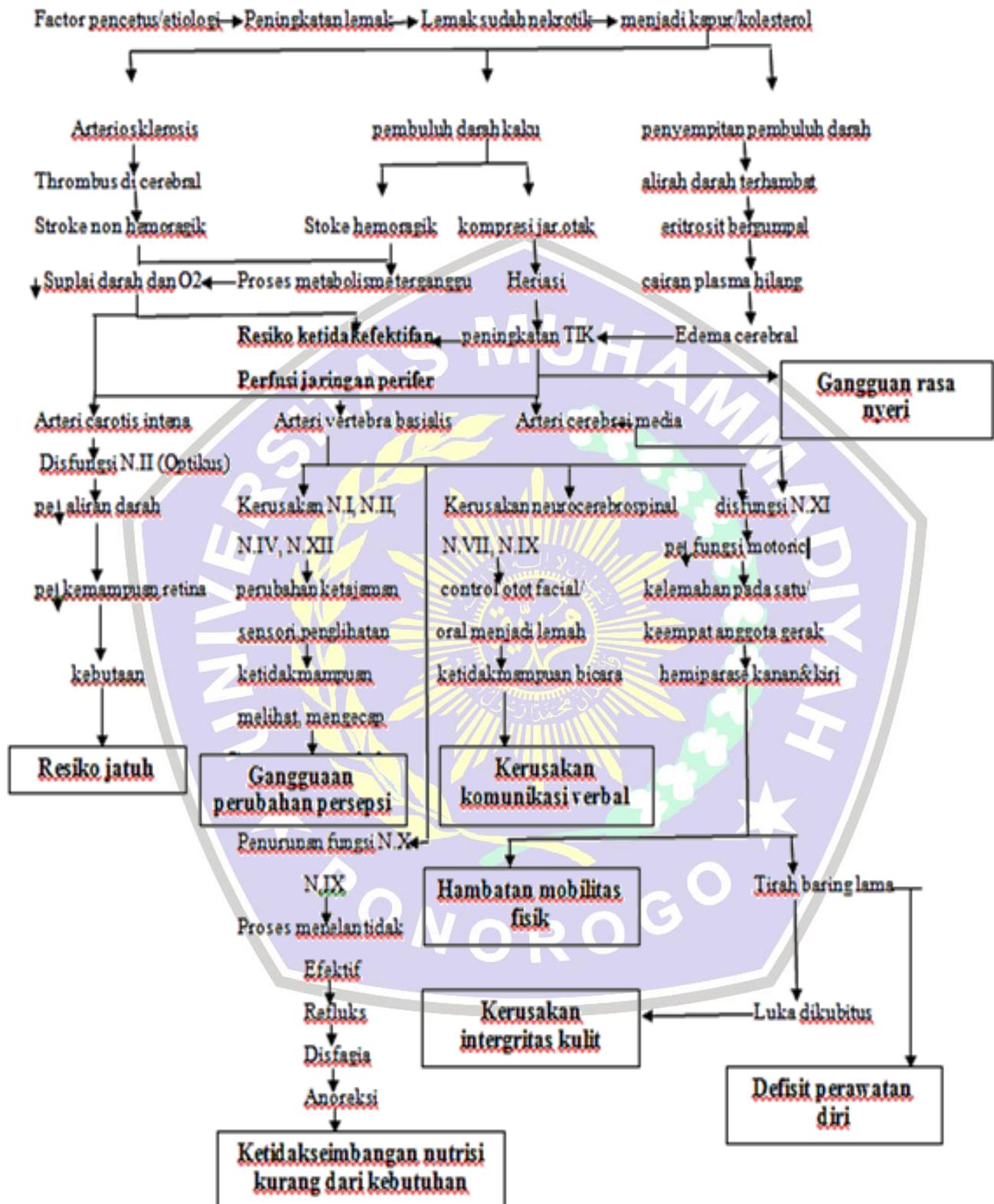
Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah spasme arteri serebral yang disertai dengan subaraknoid dan vasokontraksi arteri otak disertai sakit kepala migran

2.1.4 Patofisiologi

Otak sangat tergantung pada oksigen dan otak tidak memiliki cadangan oksigen apabila tidak adanya suplai oksigen maka metabolisme di otak akan mengalami perubahan, kematian sel dan kerusakan permanen dapat terjadi pada waktu 3 samapai 10 menit. Isemik dalam waktu lama akan menyebabkan sel mati permanen dan berakibat menjadi infak otak yang disertai edema otak sedangkan bagian tubuh yang terserang CVA secara permanen akan tergantung kepada daerah otak mana yang terkena. CVA sendiri disebabkan oleh adanya arteroslorosis (Junaidi, 2011)

Arteosklorosis sendiri terjadi karena adanya peibunan lemak yang terdapat di dinding-dinding pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah menuju ke otak. Arterosklerosis juga bisa menyebabkan suplai darah ke jaringan serebral tidak adekuat sehingga menyebabkan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak Arterosklerosis juga bisa menyebabkan terbentuknya bekuan darah atau thrombus yang melekat pada dinding pembuluh darah sehingga dapat menyebabkan sumbatan pada pembuluh darah. Apabila arterisklerosis bagian thrombus terlepas dari dinding arteri maka akan mengikat aliran darah menuju arteri yang lenih kecil dan akan menyebabkan sumbatan yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah (Amin & Hardhi, 2013).

2.1.5. Pathway



Gambar 2.1 Pathway *Cerebro Vaskular Accident* Sumber Aplikasi NANDA Nic-Noc jilid 3, 2015

2.1.6 Faktor Resiko

Faktor resiko CVA dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu;

1. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah faktor resiko yang berupa karakteristik atau sifat pada seseorang yang dapat meningkatkan kemungkinan berkembangnya suatu penyakit tertentu. Faktor resiko CVA yang tidak dapat dimodifikasi adalah faktor yang berupa karakteristik dan sifat pasien yang tidak dapat di ubah. Seperti usia, berat badan lahir rendah, jenis kelamin, ras, suku, dan faktor genetic (Williams, et al., 2010).

2. Faktor yang dapat dimodifikasi

Faktor yang dapat dimodifikasi terdiri dari tingkatan pertama dan tingkatan kedua. Tingkatan pertama faktor resiko yang dapat dimodifikasi, diurutkan dari tingkat banyaknya kejadian seperti hipertensi, diabetes militus, merokok, fibrilasi atrium dan disfungsi ventrikel kiri. Tingkatan kedua adalah terdiri dari kolestrol, hiperlipidemia, terapi hormone estrogen, diet, obesitas, alcohol, migraine, dan hiperkoagulasi. Kebanyakan dari faktor resiko tingkat kedua ini memiliki hubungan dengan tingkat perkembangan faktor resiko tingkat pertama, misalnya obesitas merupakan faktor resiko untuk terjadinya hipertensi dan diabetes (Williams, et al., 2010)

Faktor resiko yang umumnya menyebabkan CVA adalah tekanan darah tinggi (hipertensi). Tekanan darah tidak boleh melebihi 140/90 mmHg. Tekanan darah yang tinggi akan menyebabkan tingginya tekanan darah di dinding arteri sehingga bisa menyebabkan bocornya arteri otak.

Bahkan rupture pada arteri otak akan mengakibatkan terjadinya CVA hemoragik. Tekanan darah tinggi juga bisa menyebabkan CVA isemik yang dikarenakan oleh adanya *atherosclerosis* atau penyakit dimana plak terbentuk di dinding arteri (Silva, et al., 2014).

2.1.7 Tanda dan Gejala

WHO (2016) menyatakan bahwa gejala umum yang terjadi pada CVA yaitu wajah, tangan dan kaki tiba-tiba kaku atau mati rasa dan lemah, dan biasanya terjadi pada satu sisi tubuh saja. Gejala lainnya adalah pusing. Kesulitan bicara atau mengerti perkataan, kesulitan melihat dengan satu mata ataupun kedua mata, sulit berjalan, kehilangan koordinasi dan keseimbangan, sakit kepala yang hebat dengan penyebab yang tidak diketahui, dan kehilangan kesadaran atau pingsan. Tanda gejala yang terjadi tergantung pada bagian otak yang mengalami kerusakan dan seberapa parah kerusakan itu terjadi.

Serangan CVA dapat terjadi secara mendadak pada beberapa pasien tanpa diduga sebelumnya. CVA bisa terjadi saat pasien dalam kondisi tidur dan gejalanya baru dapat diketahui ketika bangun. Gejala yang dimiliki pasien tergantung pada bagian otak yang rusak. Tanda gejala yang umum terjadi pada CVA atau TIK adalah wajah, lengan, dan kaki dari salah satu sisi tubuh mengalami kelemahan atau kaku dan mati rasa, kesulitan bicara, mengalami pusing secara tiba-tiba dan kehilangan keseimbangan, sakit kepala yang parah, bertambah mengantuk dengan kemungkinan kehilangan kesadaran dan kebingungan (Silva, et al., 2014).

2.1.8 Komplikasi

Menurut (Jurnaisi 2011) komplikasi yang paling sering terjadi pada pasien CVA sebagai berikut:

1. Dekubitus adalah tidur yang terlalu lama karena kelumpuh dapat mengakibatkan luka/lecet pada bagian yang menjadi tumpuan saat berbaring, seperti pinggul, sendi kaki, pantat dan tumit. Luka dekubitus jika dibiarkan akan menyebabkan infeksi.
2. Bekuan darah ialah bekuan darah yang mudah terjadi pada kaki yang lumpuh dan penumpukan cairan.
3. Kekuatan otot melemah adalah terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot atau sendi. Penekanan saraf peroneus dapat menyebabkan *drop foot*. Selain itu dapat terjadi kompresi saraf ulnar dan kompresi saraf femoral.
4. Osteopenia dan osteoporosis, hal ini dapat dilihat dari berkurangnya densitas mineral pada tulang. Keadaan ini bisa disebabkan oleh imobilisasi dan kurangnya paparan terhadap sinar matahari.
5. Depresi dan efek psikologis dikarenakan kepribadian penderita atau karena umur sudah tua. 25% menderita depresi mayor pada fase akut dan 31% menderita depresi pada 3 bulan paska CVA dan keadaan ini lebih sering pada hemiparesis kiri.
6. Inkontinensia dan konstipasi pada umumnya penyebab ialah imobilitas, kekurangan cairan dan intake makanan serta pemberian obat.
7. Spastisitas dan kontraktur pada umumnya sesuai pola *hemiplegi* dan nyeri bahu pada bagian di sisi yang lemah. Kontraktur dan nyeri bahu (*shoulder*)

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Tarwoto, 2013 pemeriksaan penunjang pada CVA antara lain:

1. Radiologi

a. Angiografi serebri membantu menentukan penyebab dari CVA secara spesifik seperti CVA pendarahan arterivena atau adanya ruptur, biasanya pada CVA pendarahan akan ditemukan aneurisma.

b. Lumbal fungsi Biasanya pada pasien CVA hemoragik, saat pemeriksaan cairan lumbal maka akan terdapat tekanan yang meningkat disertai bercak darah. Hal itu akan menunjukkan adanya hemoragik pada subaraknoid atau intracranial.

c. USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

d. EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infak sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

e. Pemeriksaan syaraf kranial menurut (Judha, M., Rahil, H.N, 2011)

- 1) Olfaktorius (N.I) : Untuk menguji saraf ini digunakan bahan- bahan yang tidak merangsang seperti kopi, tembakau, parfum atau rempah-rempah. Letakkan salah satu bahan tersebut di depan salah satu lubang hidung orang tersebut sementara lubang hidung yang lain kita tutup dan pasien menutup matanya. Kemudian pasien diminta untuk

memberitahu saat mulai tercium baunya bahan tersebut dan kalau mungkin mengidentifikasikan bahan yang diciumnya. Hasil pemeriksaan normal mampu membedakan zat aromatis lemah.

- 2) Optikus (N.II) : Ada enam pemeriksaan yang harus dilakukan yaitu penglihatan sentral, kartu snellen, penglihatan perifer, refleks pupil, fundus kopi dan tes warna. Untuk penglihatan sentral dengan menggabungkan antara jari tangan, pandangan mata dan gerakan tangan. Kartu senllen yaitu kartu memerlukan jarak enam meter antara pasien dengan tabel, jika ruangan tidak cukup luas bisa diakali dengan cermin. Penglihatan perifer dengan objek yang digunakan (2 jari pemeriksa / ballpoint) di gerakan mulai dari lapang pandangan kanan dan ke kiri, atas dan bawah dimana mata lain dalam keadaan tertutup dan mata yang diperiksa harus menatap lurus dan tidak menoleh ke objek tersebut. Refleks pupil dengan menggunakan senter kecil , arahkan sinar sinar dari samping (sehingga pasien memfokus pada cahaya dan tidak berakomodasi) ke arah satu pupil untuk melihat reaksinya. Fundus kopi dengan menggunakan alat oftalmoskop, mengikuti perjalanan vena retinalis yang besar ke arah diskus, dan tes warna dengan menggunakan buku Ishi

Hara's Test untuk melihat kelemahan seseorang dalam melihat warna.

- 3) Okulomotoris (N.III) : Meliputi gerakan ptosis, pupil dan gerakan bola mata. Mengangkat kelopak mata ke atas, konstriksi pupil, dan sebagian besar gerakan ekstra okular.
- 4) Troklearis (N.IV) : Meliputi gerakan mata ke bawah dan ke dalam, stabimus konvergen dan diplopia.
- 5) Trigeminus (N.V) : Mempunyai tiga bagian sensori yang mengontrol sensori pada wajah dan kornea serta bagian motorik mengontrol otot mengunyah.
- 6) Abdusen (VI) : Tes putar bola mata, menggerakkan konjungtiva, releks pupil dan inspeksi kelopak mata
- 7) Fasialis (N.VII) : Pemeriksaan dilakukan saat pasien diam dan atas perintah (tes kekuatan otot) saat pasien diam diperhatikan asimetri wajah. Mengontrol ekspresi dan simetris wajah.
- 8) Vestibulokhlearis (N.VIII) : Pengujian dengan gesekan jari, detik arloji dan audiogram. Mengontrol pendengaran dan keseimbangan.
- 9) Glasofaringeus (N.IX) : Dengan menyentuh dengan lembut. Sentuhan bagian belakang faring pada setiap sisi dengan spacula. Refleks menelan dan muntah.

10) Vagus (N.X) : Dengan inspeksi palatum dengan senter perhatikan apakah terdapat gerakan uvula. Mempersarafi faring, laring dan langit lunak.

11) Aksesorus (N.XI) : Pemeriksaan dengan cara meminta pasien mengangkat bahunya dan kemudian rabalah massa otot dan menekan ke bawah kemudian pasien disuruh memutar kepalanya dengan melawan tahanan (tangan pemeriksa). Mengontrol pergerakan kepala dan bahu.

12) Hipoglosus (N.XII) : Pemeriksaan dengan inspeksi dalam keadaan diam didasar mulut, tentukan adanya artrofi dan fasikulasi. Mengontrol gerak lidah.

2. Laboratorium

a. Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit. Hal yang berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia. Sedangkan Leukosit untuk melihat sistem imun pasien. Bila leukosit diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang pasien.

b. Tes darah koagulasi

Test darah ini terdiri dari 4 pemeriksaa, antara lain: prothrombin time, partial thromboplatin (PTT), International Normalized Ratio (INR) dan Agregasi trombosit. Ke empat test ini gunanua mengukur seberapa cepat darah pasien menggumpal. Gangguan penggumpalan bisa menyebabkan perdarahan atau pembekuan darah. Jika pasien sebelumnya sudah menerima obat pengencer

darah seperti warfarin. INR digunakan untuk mengecek apakah obat itu diberikan dalam dosis yang benar. Begitu pula jika sebelumnya sudah diobati heparin, PTT berguna untuk melihat dosis yang diberikan benar atau tidak

c. Test kimia darah

Cek darah ini untuk melihat kandungan darah, kolesterol, asam urat, dll. Apabila kadar gula darah atau kolesterol berlebihan, bisa menjadi pertanda pasien sudah menderita diabetes dan jantung. Kedua penyakit ini termasuk ke dalam salah satu pemicu CVA (Robinson, 2014).

2.1.10 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan umum

Penatalaksanaan umum yaitu berupa tindakan darurat sambil berusaha mencari penyebab dan penatalaksanaan yang sesuai dengan penyebab. Penatalaksanaan umum ini meliputi perbaikan jalan napas dan mempertahankan ventilasi, menenangkan pasien, menaikkan atau elevasi kepala pasien 30° yang bermanfaat untuk memperbaiki drainase vena, perfusi serebral dan menurunkan tekanan intraakraniel, atasi syok, pengaturan cairan dan elektrolit, monitor tanda-tanda vital, monitor tekanan tinggi intracranial, dan melakukan pemeriksaan pencitraan menggunakan *Computerized Tomography* untuk mendapatkan gambaran lesi dan pilihan pengobatan (Affandi & Reggy, 2016)

Berdasarkan perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI) (2011) penatalaksanaan umum lainnya yang dapat

dilakukan pada pasien CVA yaitu meliputi pemeriksaan umum, pengendalian kejang, pengendalian suhu tubuh, dan melakukan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu berupa pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan jantung dan pemeriksaan neurologi. Pengendalian kejang pada pasien CVA dilakukan dengan memberikan diazepam dan antikonvulsan profilaksi pada CVA pendarahan intraserebral, dan untuk mengendalikan suhu dilakukan pada pasien CVA yang di sertai dengan demam. Pemeriksaan penunjang untuk pasien CVA terdiri dari elektrokardiogram, laboratorium (kimia darah, kadar gula darah analisa urine, gas darah, dan lain-lain), dan pemeriksaan radiologi seperti foto *Rontgen* dan *CT Scan*

2. Terapi farmakologi

Penatalaksanaan farmakologi yang bisa dilakukan untuk pasien CVA yaitu pemberian cairan hipertonis jika terjadi peningkatan 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, prednisone, dan metilprednisolon) yang dilakukan untuk mengurangi produksi cairan serebrospinal dan mempunyai efek langsung pada sel endotel (Affandi dan Reggy, 2016) . Pilihan pengobatan yang bisa direkomendasi untuk penderita CVA isemik yaitu *tissue plasminogen activator* (tPA) yang diberikan melalui intravena. Fungsi tPA yaitu melarutkan bekuan darah dan meningkatkan aliran darah ke bagian otak yang kekurangan aliran darah (*Nasional Stroke Association, 2016*).

Penatalaksanaan farmakologi lain yang dapat digunakan untuk pasien CVA yaitu aspirasi. Pemberian aspirasi dapat menurunkan resiko terjadinya *early recurrent ischemic stroke* (stroke isemik berulang), tidak ada resiko utama dari komplikasi hemoragik awal, dan meningkatkan hasil terapi jangka panjang (sampai dengan 6 bulan tindakan lanjutan). Pemberian aspirasi harus diberikan paling cepat 24 jam setelah terapi trombolitik. Pasien yang tidak menerima trombolisis, penggunaan aspirasi harus dimulai dengan segera dalam 48 jam dari onset gejala (*National Medicines Information, 2011*).

3. Tindakan bedah

Penatalaksanaan CVA yang bisa dilakukan dengan pengobatan pembedahan yang tujuan utamanya adalah memperbaiki aliran darah serebri misalnya endosterektomi karotis (membentuk kembali arteri karotis), revaskularisasi, dan ligase arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma (Muttaqin, 2018). Prosedur *carotid endarterectom* atau endosterektomi karotis pada semua pasien harus dilakukan segera ketika kondisi pasien stabil dan sesuai untuk dilakukan proses pembedahan. Waktu ideal untuk dilakukan pembedahan ini yaitu dalam waktu 2 minggu dari kejadian (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008).

Tindakan bedah lainnya yaitu *decompressive surgery*. Tindakan ini dilakukan untuk menghilangkan *hematoma* dan meringankan atau menurunkan tekanan intra kranial. Tindakan ini menunjukkan peningkatan hasil pada beberapa kasus, terutama pada CVA lokasi tertentu misalnya

cerebellum atau pada pasien CVA yang lebih mudah kurang dari 60 tahun
(National Medicines Information Centre, 2011)

4. Penatalaksanaan medis lain

Penatalaksanaan medis lainnya menurut PERDOSSI (2011), terdiri dari rehabilitasi, terapi psikologi jika pasien gelisa, pemantauan kadar glukosa darah, pemberian anti muntah, dan analgesic sesuai indikasi, mobilisasi bertahap ketika kondisi hemodinamik dan pernapasan stabil, pengosongan kandung kemih yang penuh dengan katerisasi *intermiteen*, dan *discharge olanning*. Tindakan lainnya untuk mengontrol intra kranial dalam 24 jam pertama yaitu bisa dilakukan tindakan hiperventilasi. Pasien CVA juga bisa dilakukan terapi hipotermiyaitu melakukan penurunan suhu 30-34°C. terapi hipotermi akan menurunkan tekanan darah dan metabolisme otak, mencegah dan mengurangi edema otak, serta menurunkan tekanan intra kranial sampai hampir 50%, terapi hipotermi dapat menyebabkan resiko terjadinya aritma dan fibrilasi ventrikel bila suhu di bawah 30°C, dan daya tahan tubuh terhadap infeksi menurun (Affandi & Reggy, 2016).

5. Tindakan Keperawatan

Perawat merupakan salah satu dari tim multidisipliner yang mempunyai peran penting dalam tindakan pengobatan pasien CVA ketika dalam perawatan pasca stroke. Tujuan dari perawatan pasca CVA sendiri yaitu untuk meningkatkan kemampuan fungsional pasien menjadi mandiri secepat mungkin, untuk mencegah terjadinya komplikasi, untuk mencegah terjadinya CVA berulang, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Perawatan pasca stroke berfokus kepada kebutuhan holistic dari

pasien dan keluarga yang meliputi perawatan fisik, psikologi, emosional, kognitif, spiritual, dan social. Perawat berperan memberikan pelayanan pasca stroke seperti mengkaji kebutuhan pasien dan keluarga untuk *discharge planning*; menyediakan informasi dan latihan untuk keluarga terkait perawatan pasien di rumah seperti manajemen *dysphagia*, manajemen nutrisi, manajemen latihan dan gerak, manajemen pengendalian diri, kemudian perawat juga memfasilitasi pasien dan keluarga untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi, dan memberikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarga (Firmawati, 2015).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian yang akurat, lengkap, sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan respon individu sebagaimana yang telah ditentukan dalam standar praktik keperawatan dari ANA (*American Nurses Association*) (Handayaningsih, 2008).

Menurut Tarwoto (2013) pengkajian keperawatan pada pasien stroke meliputi :

1. Anamnesis

a. Identitas klien

Sebelum melakukan anamnesis, pastikan bahwa identitas sesuai dengan catatan medis. Perawat hendaknya memperkenalkan diri, sehingga terbentuk hubungan yang baik dan saling percaya yang akan mendasari hubungan terapeutik selanjutnya antara perawat dan klien dalam asuhan keperawatan. Untuk itu, format pengkajian yang digunakan adalah format pengkajian yang dikembangkan minimal terdiri atas data dasar (identitas, alamat, usia, pendidikan, pekerjaan, agama, dan suku bangsa).

b. Keluhan utama

Keluhan yang didapatkan biasanya, pasien merasakan gatal-gatal, bau badan, rambut kumel, baju kotor dan bau

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien melakukan aktifitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, *vasodilator*, obat-obat adiktif, kegemukan.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus.

f. Riwayat psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga.

g. Pola kesehatan kehari-hari

Menurut barticaca, 2008 pola kesehatan pada pasien CVA meliputi:

1) Pola kebiasaan

Piasanya pada pasien yang pria, biasanya ada kebiasaan merokok daan penggunaan minuman beralkohol.

2) Pola makan

Biasanya terjadi gangguan nutrisi karena adanya gangguan menelanpada pasien CVA hemoragik sehingga menyebabkan penurunan berat badan.

3) Pola tidur dan istirahat

Biasanya pasien mengalami kesukaran untuk istirahat karena adanya kejang otot atau nyeri otot.

4) Pola aktivitas dan latihan

Biasanya pasien tidak dapat beraktivitas karena mengalami kelemahan kehilangan sensori, hemiplegia tau kelumpuhan.

5) Pola eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus.

6) Pola hubungan dan peran

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

7) Pola persepsi dan konsep diri

Biasanya pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif.

2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis, baik secara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dilakukan secara *head to toe* (kepala ke kaki) dan *review of system* (sistem tubuh).

a. Keadaan Umum

1) Penilaian Tingkat Kesadaran (Kualitatif)

- a) Composmetis (kesadaran penuh).
- b) Apatis (acuh tak acuh terhadap keadaan sekitarnya).
- c) Somnolen (kesadaran lebih rendah, yang ditandai klien tampak mengantuk, selalu ingin tidur, tidak responsive terhadap rangsangan ringan tetapi masih responsive terhadap rangsangan kuat).
- d) Sopor (tidak memberikan respon ringan maupun sedang, tetapi masih sedikit respons terhadap rangsangan yang kuat, refleks pupil terhadap cahaya masih positif).
- e) Koma (tidak ada reaksi terhadap stimulus apa pun, refleks pupil terhadap cahaya tidak ada).
- f) Delirium (tingkat kesadaran paling rendah, disorientasi, kacau, dan salah persepsi terhadap rangsangan).

2) Penilaian Kuantitatif

Diukur melalui GCS (*Glasgow Coma Scale*)

a) Membuka mata/*Eye Movement* (E)

- (1) Spontan nilai 4
- (2) Terhadap bicara (suruh pasien membuka mata nilai 3
- (3) Dengan rangsang nyeri nilai 2
- (4) Tidak ada reaksi 1

b) Respons Verbal (V)

- (1) Baik dan tidak ada disorientasi nilai 5
- (2) Kacau (disorientasi waktu dan tempat) nilai 4
- (3) Tidak tepat (tidak berubah kalimat dan tidak tepat) nilai 3
- (4) Mengerang (hanya ruasa mengerang) nilai 2
- (5) Tidak ada jawaban nilai 1

c) Respons Motorik (M)

- (1) Menurut perintah nilai 6
- (2) Mengetahui lokasi nyeri nilai 5
- (3) Reaksi menghindari nyeri nilai 4
- (4) Reaksi fleksi nilai 3
- (5) Reaksi eksteni nilai 2
- (6) Tidak ada reaksi nilai 1

3) Indeks Massa Tubuh

- a) Berat Badan (kg)
- b) BMI:
- c) TB (m) x TB (m)

Normal :

Laki-laki (20,1-25,0)

Wanita (18,7-23,8)

4) Klasifikasi Nilai :

- a) Kurang : <18,5
- b) Normal : 18,5-24,9

c) Berlebih : 25-29,9

d) Obesitas : >30

5) Head To Toe

a) Kepala : kepala simetris, kebersihan rambut kurang, rambut tampak kotor, kulit kepala kotor, rambut bau.

b) Mata : simetris, konjungtiva anemis,

c) Hidung: bentuk hidung, ada polip atau tidak, ada perdarahan atau tidak

d) Mulut : biasanya mulut mencong mengarah pada bagian tubuh yang tidak lumpuh, pelo, gigi kotor, lidah tampak kotor, terdapat karang gigi, terdapat bau mulut, mukosa bibir kering

e) Telinga: bentuk telinga, terdapat serumen, ada sumbatan benda asing atau tidak, pendengaran terganggu atau tidak.

f) Leher : bentuk leher, ada atau tidak pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis.

g) Dada thorax

(1) Paru

(a) Inspeksi : Biasanya gerak dinding dada simetris

(b) Palpasi : Biasanya tidak terdapat nyeri tekan

(c) Perkusi : Biasanya perkusi sonar

(d) Auskultasi : Pada pernafasan kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun

suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur
akibat penurunan refleks batuk dan menelan

(2) Jantung

(a) Inspeksi : Batas jantung kiri ics 2 sternal kiri
dan ics 4 sternal kanan

(b) Palpasi : Batas kanan ics 2 kanan dan ics 5
mid axilla kanan

(c) Perkusi : Peka dalam batas normal

(d) Auskultasi : Bunyi S1 dan S2 tunggal

h) Abdomen

(1) Inspeksi : simetris, terdapat berjolan atau tidak,
terdapat lesi atau tidak,

(2) Auskultasi : biasanya bising usus normal

(3) Palpasi : biasanya tidak terdapat nyeri tekan

(4) Perkusi : biasanya timpani

i) Genetalia : genetalia tampak kotor, terdapat rambut
pubis atau tidak, terdapat hemoroid atau tidak.

j) Ekstermitas : biasanya terdapat penurunan kekuatan otot,
tidak terdapat atrofi, sering terjadi kelumpuhan di salah satu
sis tubuh.

k) Integumen : warna kulit sawo matang/putih/pucat, kulit
kering/lembab, terdapat lesi atau tidak, biasanya kulit kotor,
CRT < 2 detik, keadaan turgor.

3. Pemeriksaan saraf cranial

- a. Nervus I (Olfaktorius) : kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda
- b. Nervus II (Optikus) : biasanya luas pandang baik 90° , visus 6/6.
- c. Nervus III (Okulomotoris) : biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata.
- d. Nervus IV (Troklaris) : biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah.
- e. Nervus V (Trigeminus) : biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, klien akan menutup kelopak mata.
- f. Nervus VI (Abdusen) : biasanya hasilnya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.
- g. Nervus VII (Facialis) : biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin.
- h. Nervus VIII (Vestibulokoklear): biasanya pasien tidak mengalami gangguan pendengaran
- i. Nervus X (Vagus): biasanya pasien CVA hemorajik mengalami gangguan menelan. pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya positif dan *bludzensky* 1 positif

- j. Nervus IX (Glossofaringeal) : biasanya ovule yang terangkat tidak simetris, mencong kearah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit.
- k. Nervus XI (Aksesorius spinal): biasanya pasien tidak dapat mempertahankan bahu ketika diberi tekanan.
- l. Nervus XII (Hipoglasus) : biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

4. Saraf sensorik

Sistem sensorik lebih kompleks dan sistem motorik karena modal dan sensori mempunyai perbedaan traktus, lokasi pada bagian yang berbeda pada medulla spinalis. Pengkajian sensori adalah secara objektif, dengan luas dan membutuhkan kerjasama pasien. Dianjurkan penyaji mengenali penyebaran saraf perifer yang berasal dari medulla spinalis.

a. Sensasi taktil

Dikaji dengan menyentuk lembut gumpalan kapas pada masing-masing sisi tubuh. Sensitivitas ekstremitas bagian proksimal dibandingkan dengan distal.

b. Sensasi nyeri dan suhu

Sensasi nyeri dan suhu ditransmisi bersama dibagian lateral medulla spinalis. Sehingga sensasi suhu tidak perlu dalam keadaan ini. Nyeri superfisial dapat dikaji dengan menentukan sensitivitas pasien terhadap objek yang tajam. Pasien diinstruksikan untuk membedakan antara ujung yang tajam dan yang tumpul dengan

menggunakan lidi kapas yang dipatahkan atau spatel lidah, untuk keamanan hindari penggunaan peniti karena dapat merusak integritas kulit. Kedua sisi objek tajam dan tumpul digunakan dengan intensitas yang sama pada semua pelaksanaan dan kedua sisi diuji secara simetris.

c. Vibrasi dan proprioepsi

Getaran dan proprioepsi ditransmisi bersama-sama pada bagian posterior medulla. Getaran dapat dievaluasi melalui penggunaan garpu tala frekuensi rendah (128 atau 256 Hertz). Letakan garputala yang bergerak pada sebuah tulang yang menonjol dan pasien ditanya pada penguji bila sudah dirasakan. Jika pasien tidak merasakan getaran pada tulang yang menonjol bagian distal, penguji menaikkan getaran garpu tala sampai dirasakan pasien. Setelah semua penguji sensasi, dibuat perbedaan sisi kiri dan kanan.

d. Merasakan posisi

Merasakan posisi, dapat ditentukan dengan menanyakan pasien saat pasien tutup mata, kemudian jari kaki digerakan kearah mana pasien mampu menunjukn dengan gerakan. Vibrasi dan sensari posisi sering hilang bersama sering terjadi dimana yang lain masih berfungsi.

e. Intergrasi sensari, diotak perlu dievaluasi. Hal ini dapat dilakukan dengan membedakan 2 titik jika pasien disentuh dengan dua objek tajam bersamaan pada posisi tubuh yang berlawanan, apakah

merasakan dua atau satu sentuhan? Pasien dengan keadaan normal melaporkan bahwa sentuhan itu ada pada dua tempat.

5. Saraf motorik

Pemeriksaan yang teliti pada sistem motorik mencakup pengkajian pada kekuatan otot, koordinasi dan keseimbangan, ukuran otot, tonus otot. Pasien diintruksikan untuk berjalan menyilang didalam ruangan, semencara penguji mencatat postur dan gaya berjalan. Lihat keadaan ototnya dan bila perlu dilakukan palpasi untuk melihat ukuran dan keadaan simetris.

a. Kekuatan Otot

Kekuatan otot diuji melalui pengkajian kemampuan pasien untuk melakukan fleksi dan ekstensi ekstermitas sambil dilakukan penahanan. Fungsi pada otot individu dan kemampuan otot kelompok otot dievaluasi dengan cara menempatkan otot pada keadaan yang tidak menguntungkan. Adapun penilaian kekuatan otot sebagai berikut:

- 1) Kekuatan otot (skala 1-5):
- 2) Kekuatan otot
 - a) 0 : Lumpuh
 - b) 1 : Ada kontraksi
 - c) 2 : Melawan gravitasi dengan sokongan
 - d) 3 : Melawan gravitasi tapi tidak ada lawanan
 - e) 4 : Melawan gravitasi dengan tahanan sedikit
 - f) 5 : Melawan gravitasi dengan kekuatan penuh

b. Keseimbangan dan Koordinasi

Koordinasi tangan dan ekstremitas atas dikaji dengan cara meminta pasien melakukan gerak cepat, berselang-seling, dan uji menunjuk satu titik ketitik lain. Masing-masing tangan diuji secara terpisah kemudian pasien di intruksikan untuk membalikan tangan dari posisi terlentang ke posisi telungkap dengan gerakan cepat.

c. Tes Romberg

Pemeriksaan pengukuran untuk keseimbangan. Pasien berdiri dengan satu kaki dengan tangan diturunkan pada posisi yang sama, sementara kaki yang satu diangkat dan tangan yang satunya ditarik keatas, mula-mula kedua mata terbuka kemudian mata tertutup selama 20 sampai 30 detik.

6. Status Reflek

Reflek motorik merupakan kontraksi yang tidak disadari dan respon otot dan kelompok otot yang meregang tiba-tiba dekat daerah otot yang dirangsang. tendon berpengaruh langsung dengan palu refleks atau secara tidak langsung melalui benturan pada ibu jari penguji yang ditempatkan rekat dengan tendon. Derajat refleks mempunyai nilai antara 0 sampai 4+. Adapun penilaian derajat refleks adalah sebagai berikut:

- a. 4+: hiperaktif dengan klonus terus menerus
- b. 3+: hiperaktif
- c. 2+: normal
- d. 1+: hipoaktif
- e. 0+: tidak ada refleks

1) Refleks Biceps

Didapat melalui peregangan tendon biceps pada saat siku dalam keadaan fleksi. Orang yang mengkaji menyokong lengan bawah dengan satu tangan sambil menempatkan jari telunjuk dengan menggunakan palu refleks.

2) Refleks Triseps

Dilakukan dengan cara lengan pasien di fleksikkan pada siku dan diposisikan di depan dada. Pemeriksaan menyokong lengan pasien dan mengidentifikasi tendon triseps dengan memalpasi 2,5 sampai 5 cm diatas siku. Pemukulan langsung pada tendon normalnya menyebabkan kontraksi otot triseps dan ekstensi siku.

3) Refleks *Brakhioradialis*

Pada saat mengkaji refleks brankhioradialis, penguji meletakkan lengan pasien diatas meja laboratorium atau disilangkan diatas perut. Ketukan palu dengan lembut 2,5 sampai 5 cm diatas siku. Pengujian ini dilakukan dengan lengan dalam keadaan fleksi dan supinasi.

4) Reflek patella

Ditimbulkan dengan cara mengetuk tendon patella tepat dibawah patella. Pasien dalam keadaan duduk atau tidur terlentang. Jika pasien terlentang, pengkaji menyokong kaki untuk memudahkan relaksasi otot. Kontraksi *quadriceps* dan estensi lutut dalam rerpon normal

5) Refleks Ankle

Dilakukan dengan posisi pergelangan kaki dalam keadaan rileks, kaki dalam keadaan dorsi fleksi pada pergelangan kaki dan palu diketuk pada bagian tendon *Achilles*.refleks normal yang muncul adalah fleksi pada bagian plantar.

6) Refleks Kontraksi Abdominal

Reflek superfisial yang ada ditimbulkan oleh goresan pada kulit dinding abdomen atau pada sisi paha untuk pria. Hasil yang didapat adalah kontraksi yang tidak disadari otot abdomen, dan selanjutnya menyebabkan skrotum tertarik.

7) Respons Babinski

Refleks yang diketahui jelas, sebagai indikasi adanya penyakit SSP yang mempengaruhi traktus kortikospinal disebut respons Babinski. Bila bagian laten telapak kaki seseorang digores, maka akan terjadi kontraksi kaki dan akan menarik bersama-sama. Pasien yang mengalami penyakit susunan saraf pusat pada sistem motorik, jari-jari kaki menyebar dan menjauh.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Nanda, 2015) diagnosa yang dapat ditegakan antara lain:

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tahap perencanaan memberi kesempatan kepada perawat, pasien, keluarga dan orang terdekat pasien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan merupakan suatu petunjuk atau bukti tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhan berdasarkan diagnose keperawatan (Asmadi, 2008)

NO DX	DIAGNOSA	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1	<p>Defisit perawatan diri: berpakaian</p> <p>Definisi: hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktifitas berpakaian dan berhias untuk diri sendiri.</p> <p>Batas karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidak mampuan mengancing pakaian 2. Ketidak mampuan mendapatkan pakaian 3. Ketidak mampuan mengenakan atribut pakaian 4. Ketidak mampuan mengenakan 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Self Care Status</i> 2. <i>Self care: Dressing</i> 3. <i>Activity Tolerance</i> 4. <i>Fatigue level</i> <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu melakukan tugas fisik yang paling mendasar dan aktifitas perawatan diri secara mandiri aatau dengan bantuan minimal 2. Mampu untuk mengenakan pakaian dan berhias sendiri secara mandiri ataudengan bantuan minimal 3. Mampu mempertahankan kebersihan pribadi dan penampilan yang rapi secara 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tingkat kekuatan dan toleransi aktifitas 2. Pantau peningkatan dan penurunan kemampuan untuk berpakaian dan melakukan perawatan rambut 3. Bantu pasien memilih pakaian yang mudah dipakai dan dilepaskan 4. Sediakan pakaian pasien ditempat yang mudah dijangkau 5. Fasilitasi pasien untuk mengisir rambut, bila memungkinkan 6. Dukung kemandirian dalam berpakaian, berhias, bantuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui tingkat kemampuan pasien 2. untuk melatih kemampuan berikutnya pada pasien 3. Memudahkan pasien berganti pakaian 4. Agar pasien dapat mengambil pakaiannya dengan mudah 5. Memudahkan pasien untuk mengisir rambut 6. Meningkatkan rasa percaya diri pasien 7. Agar pasien terlihat rapi

	<p>sepatu</p> <p>5. Ketidak mampuan mengenakan kaus kaki</p> <p>6. Ketidak mampuan melepaskan atribut pakaian</p> <p>7. Ketidak mampuan melepaskan sepatu</p> <p>8. Ketidak mampuan melepas kaus kaki</p> <p>9. Hambatan memilih pakaian</p> <p>10. Hambatan mempertahankan penampilan yang memuaskan</p> <p>11. Hambatan mengambil pakaian</p> <p>12. Hambatan mengenakan pakaian pada bagian tubuh bawah</p> <p>13. Hambatan mengenakan pakaian pada bagian tubuh atas</p> <p>14. Hambatan memasang sepatu</p> <p>15. Hambatan memasang kaus kaki</p> <p>16. Hambatan melepaskan</p>	<p>mandiri dengan atau bantuan minimal</p> <p>4. Mengungkapkan kepuasan dalam berpakaian dan menata rambut</p> <p>5. Menggunakan alat bantu untuk memudahkan dalam berpakaian</p> <p>6. Dapat memilih pakaian dan mengambil dari lemari atau laci baju</p> <p>7. Mampu meresletingkan dan mengancingkan pakaian</p> <p>8. Menggunakan pakaian secara rapi dan bersih</p> <p>9. Mampu melepas pakaian, kaos kaki, dan sepatu</p> <p>10. Menunjukkan rambut yang rapi dan bersih</p> <p>11. Menggunakan tata rias</p>	<p>pasien bila diperlukan</p> <p>7. Bantu pasien untuk memakai, mengancingkan dan meresletingkan pakaian jika diperlukan</p> <p>8. Beri pujian atas usaha untuk berpakaian sendiri</p>	<p>an rasa percaya diri meningkat</p> <p>8. Agar pasien menjadi lebih termotivasi</p>
--	--	---	--	---

	<p>pakaian</p> <p>17. Hambatan melepas sepatu</p> <p>18. Hambatan melepas kaus kaki</p> <p>19. Hambatan menggunakan alat bantu</p> <p>20. Hambatan menggunakan resleting</p>			
2	<p>Defisit perawatan diri makan</p> <p>Definisi: hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktifitas makan sendiri</p> <p>Batas</p> <p>Karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidak mampuan mengambil makanan dan memasukkannya ke mulut 2. Ketidak mampuan mengunyah makanan 3. Ketidak mampuan menghabiskan makanan 4. Ketidak mampuan menempatkan makanan ke perlengkapan makan 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Activity Intolerance 2. Mobility: physical impaired 3. Self Care Deficit Hygiene 4. Self Care Deficit Feeding <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Status nutrisi: ketersediaan zat gizi untuk memenuhi kebutuhan metabolik 2. Perawatan diri: aktifitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktifitas fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan bantuan minimal 3. Status menelan: perjalanan makanan padat atau cairan secara aman dari mulut ke lambung 4. Mampu makan 	<p>NIC</p> <p>Self-Care assistance: Feeding</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kemampuan pasien untuk menelan 2. Identifikasi diet yang diresepkan 3. Mengatur nampan makanan dan meja agar menarik 4. Mengedikan makanan dan minuman yang disukai sesuai dengan diet 5. Tempatkan pasien dalam posisi nyaman makan 6. Menyediakan sedotan sesuai kebutuhan atau diinginkan 7. Menggunakan cangkir dengan pegangan yang besar, jika perlu 8. Memantau berat badan pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien mencapatakan makanan yang sesuai 2. Memastikan jika diet yang diberikan sesuai 3. Agar naosu makan pasien bertambah 4. Agar napsu makan pasien bertambah 5. Agar pasien merasa nyaman saat makan 6. Memudahkan pasien untuk minum 7. Mencegah terjadinya cedera pada pasien 8. Untuk memantau peningkatan pada pasien 9. Agar napsu makan pasien bertambah

<p>5. Ketidak mampuan menggunakan perlengkapan makan</p> <p>6. Ketidak mampuan memakan makanan dalam cara yang dapat diterima secara social</p> <p>7. Ketidak mampuan memakan makanan dengan aman</p> <p>8. Ketidak mampuan memakan makanan dalam jumlah memadai</p> <p>9. Ketidak mampuan memanipulasi makanan dalam mulut</p> <p>10. Ketidak mampuan membuka wadah makanan</p> <p>11. Ketidak mampuan mengambil gelas dan cangkir</p> <p>12. Ketidak mampuan memakan untuk dimakan</p> <p>13. Ketidak</p>	<p>secara mandiri</p> <p>5. Mengungkapkan kepuasan makan dan terhadap kemampuan untuk makan sendiri</p>	<p>9. Menyediakan interaksi social yang sesuai</p>	<p>.</p>
---	---	--	----------

	<p>mampuan menelan makanan</p> <p>14. Ketidakmampuan menggunakan alat bantu</p> <p>Faktor yang berhubungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan kognitif 2. Keletihan 3. Nyeri 4. Ansietas berat 5. Kelemahan 6. Penurunan motivasi 7. Kendala lingkungan 8. Gangguan muskuloskeletal 9. Gangguan neuromuskular <p>Ketidaknyamanan</p>			
3	<p>Deficit perawatan diri eliminasi</p> <p>Definisi: Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi sendiri.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakmampuan melakukan hygiene eliminasi yang tepat 2. Ketidakmampuan menyiram 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Activity Intolerance</i> 2. <i>Mobility: physical impaired</i> 3. <i>Fatigue level</i> 4. <i>Anxiety self control</i> 5. <i>Ambulation</i> 6. <i>Self care deficit toileting</i> 7. <i>Self care deficit hygiene</i> 8. <i>Urinary incontinence: funtional</i> <p>kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan perawatan ostomy : tingkat 	<p>NIC</p> <p><i>Self Care Assistance: Toileting</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertimbangkan ujian pasien untuk mempromosikan aktivitas perawatan diri 2. Menyediakan privasi selama eliminasi 3. Mengganti pakaian pasien setelah eliminasi 4. Menyiram toilet/ memberihkan alat (commode, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar sasaran tercapai 2. Agar pasien bisa tuntas dalam eliminasi 3. Mencegah terjadinya infeksi 4. Agar pasien merasa nyaman saat eliminasi 5. Agar pasien terbiasa membuang BAB atau BAK

	<p>toilet atau kursi buang air (commode)</p> <p>3. Ketidak mampuan naik toilet atau commode</p> <p>4. Ketidak mampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi</p> <p>5. Ketidak mampuan berdiri dari toilet atau commode</p> <p>6. Ketidak mampuan untuk duduk di toilet atau commode</p>	<p>pemahaman yang ditunjukkan tentang pemeliharaan ostomi untuk eliminasi</p> <p>2. Perawatan diri :ostomi : tindakan pribadi untuk memperthankan ostomi untuk eliminasi</p> <p>3. Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</p> <p>4. Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan alat bantu</p> <p>5. Perawatan diri eliminasi mampu untuk melakukan aktivitas eliminasi secara mandiri atau dengan bantuan minimal</p> <p>6. Mampu duduk dan turun dari kloset membersihkan dari setelah eliminasi</p> <p>7. Mengenali dan mengetahui kebutuhan</p>	<p>pispot)</p> <p>5. Memulai jadwal ke toilet, sesuai</p> <p>6. Menyediakan alat bantu (misalnya kateter, eksternal atau urinal), sesuai</p>	<p>6. Untuk menghindari resiko infeksi</p>
--	--	---	--	--

		bantuan untuk eliminasi		
4	<p>Deficit perawatan diri mandi</p> <p>Definisi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidak mampuan untuk mengakses kamar mandi 2. Ketidak mampuan mengeringkan tubuh 3. Ketidak mampuan mengambil perlengkapan mandi 4. Ketidak mampuan menjangkau sumber air 5. Ketidak mampuan untuk mengatur air mandi 6. Ketidak mampuan untuk membasuh tubuh 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Activity intolerance</i> 2. <i>Mobility: physical impaired</i> 3. <i>Self care deficit hygiene</i> 4. <i>Sensory perception, auditory disturbed</i> <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu melakukan aktivitas fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan bantuan minimal 2. perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan bantuan minimal 3. Perawatan diri mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan bantuan minimal 4. Perawatan diri hygiene : mampu mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau dengan bantuan minimal 5. Perawatan diri hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara 	<p>NIC</p> <p>Self Care Assistance:</p> <p>Bathing/ Hygiene</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 2. Menyediakan lingkungan terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal 3. Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien 4. Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang di butuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi 5. Memantau integritas kulit pasien 6. Menentukan jumlah bantuan dan jenis bantuan yang diperlukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar sasaran tercapai 2. Agar pasien merasa nyaman 3. Mencegah terjadinya penyebaran kuman 4. Memudahkan pasien untuk mengambil 5. Untuk memastikan kulit pasien tidak menfalami kering 6. Agar pasien lebih mandiri

		<p>mandiri dengan atau bantuan minimal</p> <p>6. Mampu mempertahankan mobilitas yang di perlukan untuk kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi</p> <p>7. Membersihkan dan mengeringkan tubuh</p> <p>8. Mengucapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral</p>	
--	--	--	--

Sumber: Bulechek, Gloria.dkk (2016)
: Moorhead, Sue.dkk (2016)
: Herdman, T. H; Kamitsuru Shigemi (2018)

2.2.4 Implementasi

Implementasi merupakan tahap kegiatan ketika perawat mengaplikasikan asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi ialah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi (Asmadi, 2008)

Intervensi keperawatan berlangsung dalam tiga tahap, fase pertama adalah fase persiapan yang mencakup pengetahuan tentang validasi rencana, implementasi rencana, persiapan pasien dan keluarga. Fase kedua adalah puncak implementasi keperawatan yang berorientasi pada tujuan. Pada fase ini, perawat menyimpulkan data yang dihubungkan dengan reaksi klien. Terakhir fase ketiga adalah terminasi perawat sampai pasien setelah implementasi keperawatan selesai dilakukan (Asmadi, 2008).

2.2.5 Evaluasi

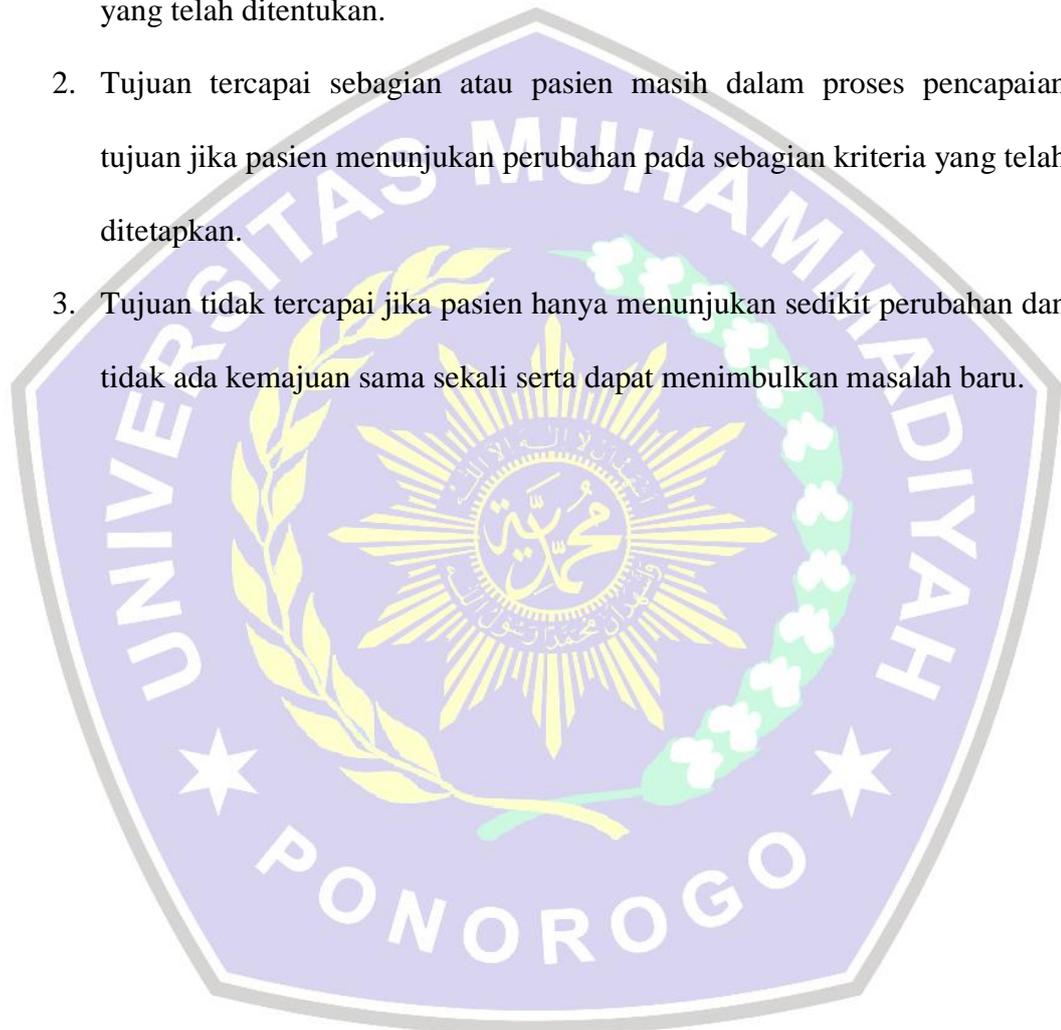
Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan dan sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kerja lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, pasien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, pasien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (*Reassessment*) (Asmadi, 2008).

Evaluasi terbagi atas dua jenis yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif berfokus pada aktifitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yaitu subjektif (data berupa keluhan pasien), objektif (data dari

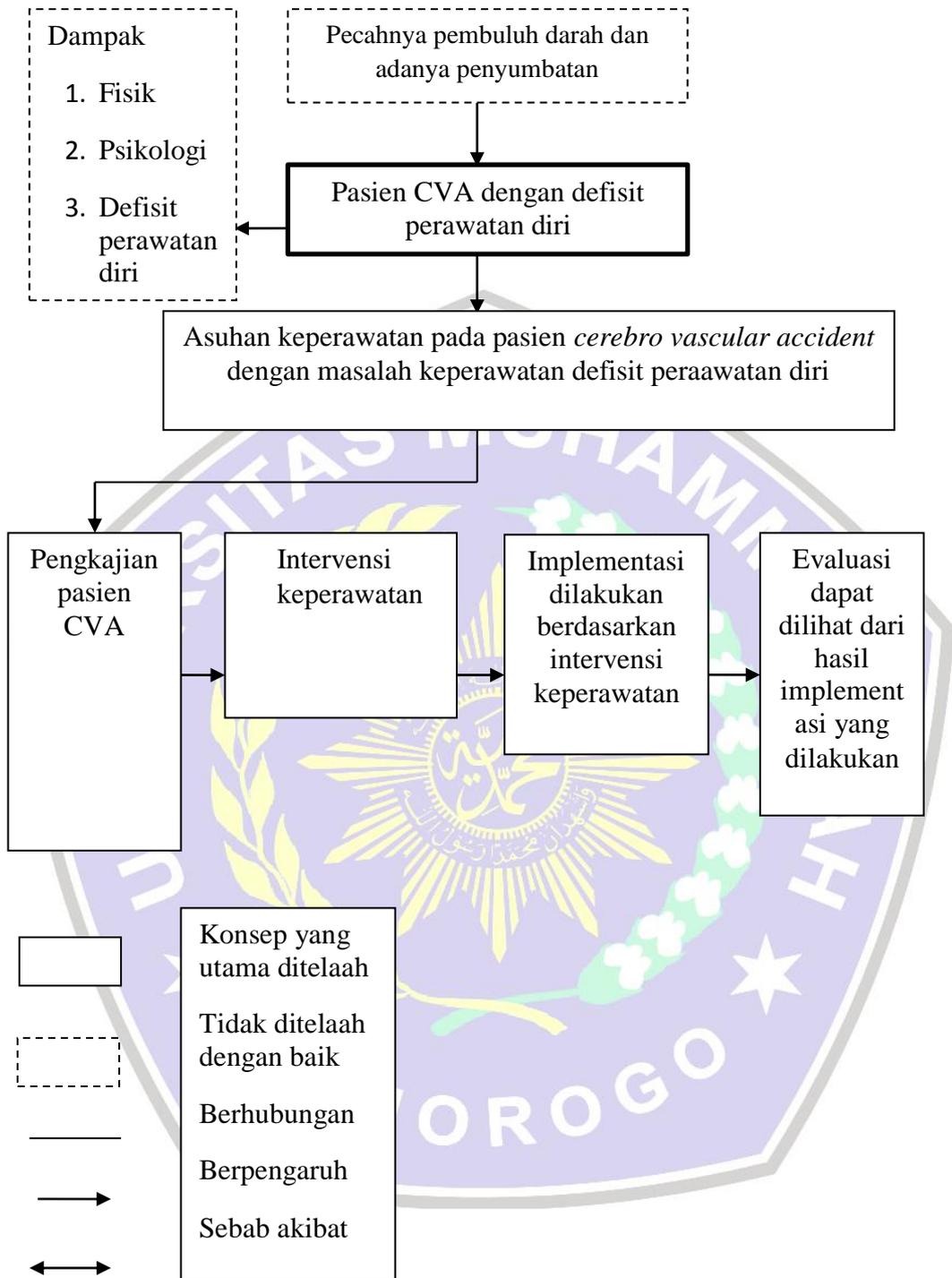
pemeriksaan), analisa data (perbandingan data dengan teori), dan perencanaan (Asmadi, 2008).

Menurut (Asmadi, 2008), ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan antara lain:

1. Tujuan tercapai jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
2. Tujuan tercapai sebagian atau pasien masih dalam proses pencapaian tujuan jika pasien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
3. Tujuan tidak tercapai jika pasien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali serta dapat menimbulkan masalah baru.



2.3 Hubungan Konsep



Gambar 2.2 Hubungan Antar Konsep *Cerebro Vaskular Accident* dengan defisit perawatan diri.