

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Cerebro Vasculer Accident

2.1.1 Pengertian

CVA adalah terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam akibat gangguan aliran darah otak. CVA merupakan gangguan potensial yang fatal pada otak. Tidak satu pun bagian tubuh manusia yang dapat bertahan bila terdapat gangguan suplai darah dalam waktu lama sebab darah sangat dibutuhkan dalam kehidupan terutama oksigen pengangkut bahan makanan yang dibutuhkan pada otak dan otak adalah pusat kontrol sistem tubuh termasuk perintah dari semua gerakan fisik (Irfan M, 2010).

Ada 2 jenis CVA yaitu iskemik dan hemoragik. CVA hemoragik adalah pembuluh darah otak yang pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah di otak dan kemudian merusaknya (Adib, 2009).

Maka dapat disimpulkan bahwa CVA hemoragik adalah suatu jenis stroke yang disebabkan karena pecahnya pembuluh darah di otak sehingga darah tidak mengalir secara semestinya dan menyebabkan otak mengalami hipoksia dan berakhir kelumpuhan.

2.1.2 Faktor resiko

Berikut faktor resiko yang menyebabkan orang mengalami CVA antara lain:

1. Faktor Resiko Tak Terkendali

a. Usia

Semakin bertambah usia, semakin tinggi resikonya. Setelah berusia lebih 55 tahun, resikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa CVA terjadi pada orang lanjut usia karena dapat menyerang semua kelompok umur.

b. Jenis kelamin

Pria lebih beresiko terkena CVA dari pada wanita, resiko pria 1,25 lebih tinggi dari pada wanita, tetapi serangan CVA pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar.

2. Faktor Resiko Terkendali

Menurut (Utami, 2009) berikut faktor resiko yang menyebabkan seseorang mengalami serangan CVA :

a. Hipertensi

Hipertensi dapat menyebabkan CVA iskemik maupun hemoragik. Hipertensi menyebabkan terjadinya kerusakan pada sel-sel endotel pembuluh darah melalui mekanisme perusakan lipid di bawah otot polos. Karena itu, sangat penting untuk mempertahankan tekanan darah dalam keadaan normal untuk menurunkan risiko terjadinya CVA.

b. Penyakit jantung

Penyakit jantung koroner, jantung rematik, dan orang yang melakukan pemasangan katup jantung buatan akan meningkatkan risiko CVA. CVA emboli biasanya disebabkan kelainan ketiga jantung itu.

c. Diabetes mellitus

Penyakit diabetes dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah dan mempercepat terjadinya arterosklerosis pada arteri kecil termasuk pembuluh darah otak. Selain itu, risiko terkena CVA menjadi 2,6 lebih besar pada pria dan 3,8 lebih besar pada wanita dibanding dengan orang yang tidak menderita diabetes. Jika orang sudah pernah terkena CVA, sebaiknya pertahankan kadar gula dalam kisaran normal untuk mencegah berulangnya CVA dan mencegah kerusakan jaringan otak.

d. Kadar kolesterol darah

Penelitian menunjukkan bahwa makanan kaya lemak jenuh dan kolesterol seperti daging, telur dan produk susu dapat meningkatkan kadar kolesterol dalam tubuh dan berpengaruh pada resiko aterosklerosis dan penebalan pembuluh darah.

e. Obesitas (kegemukan)

Kaitan obesitas terhadap CVA belum diketahui secara pasti. Namun, secara epidemiologi, orang yang mengalami obesitas cenderung menderita hipertensi, hiperkolesterol, dan diabetes melitus.

f. Gaya hidup

Gaya hidup yang tidak sehat atau tidak terkontrol seperti mengkonsumsi makanan tinggi lemak, tinggi kolesterol, merokok,

mengonsumsi alkohol, obat-obatan terlarang, kurangnya aktivitas dan olahraga.

2.1.3 Etiologi CVA

Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan CVA:

1. Trombosis serebri

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi penurunan aktifitas simpatik dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemia serebri. Tanda dan gejala neurologis seringkali memburuk dalam 48 jam setelah terjadi trombosis. Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan trombosis otak:

1). Arteriosklerosis

Arteriosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan dan elastisitas dinding pembuluh darah. Manifestasi klinis arteriosklerosis bermacam-macam. Kerusakan dapat terjadi melalui mekanisme sebagai berikut: lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah, oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadi trombosis, merupakan tempat terbentuknya trombus, kemudian melepaskan kepingan trombus (emboli) dan dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma kemudian robek dan terjadi perdarahan.

2). Hiperkoagulasi pada polisitemia

Darah bertambah kental, peningkatan viskositas/hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebri.

3). Arteritis (radang pada arteri)

Arteritis adalah suatu peradangan pada lapisan arteri yang membawa darah kaya oksigen dari jantung ke seluruh tubuh. Paling sering, peradangan mempengaruhi arteri di kepala.

2. Emboli

Emboli serebri merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan lemak, darah, dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari trombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebri. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik. Beberapa keadaan di bawah ini dapat menimbulkan emboli: katup-katup jantung yang rusak akibat jantung rematik, infark miokardium, fibrilasi dan keadaan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan ventrikel sehingga darah membentuk gumpalan kecil dan sewaktu-waktu kosong sama sekali mengeluarkan embolus-embolus kecil. Endokarditis oleh bakteri dan nonbakteri, menyebabkan terbentuknya gumpalan-gumpalan endocardium.

3. Hemoragik

Perdarahan intrakranial atau intra serebri meliputi perdarahan di dalam ruang subarakhnoid atau di dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena arteriosklerosis dan hipertensi. Pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah didalam parenkim otak yang

dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan sehingga terjadi infark otak, edema dan mungkin herniasi otak.

4. Hipoksia umum

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

5. Hipoksia lokal

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah spasme arteri serebri yang disertai perdarahan subarachnoid.

2.1.4 Klasifikasi CVA berdasarkan penyebab terjadinya

Klasifikasi utama CVA dan penyebabnya sistem klasifikasi utama biasanya membagi CVA menjadi dua kategori berdasarkan penyebab terjadinya, yaitu CVA iskemik dan hemoragik (Arya, 2011).

1. CVA Iskemik

CVA iskemik merupakan CVA yang terjadi akibat adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan thrombus pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak menjadi terhenti. CVA iskemik merupakan sebagai kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak kuat dan bukan disebabkan oleh perdarahan. CVA iskemik biasanya disebabkan oleh tertutupnya pembuluh darah otak akibat adanya penumpukan penimbunan lemak (plak) dalam pembuluh darah besar (arteri karotis), pembuluh

darah sedang (arteri serebri), atau pembuluh darah kecil. CVA iskemik secara patogenesis dibagi menjadi 2, yaitu:

a. CVA trombolitik

CVA iskemik yang disebabkan karena trombosis pada arteri karotik interna secara langsung masuk ke arteri serebri media.

b. CVA embolik

CVA iskemik yang disebabkan karena embolik yang pada umumnya berasal dari jantung.

2. CVA Hemoragik

CVA hemoragik terjadi karena pecahnya pembuluh darah otak, sehingga menimbulkan perdarahan di otak dan merusaknya. CVA hemoragik biasanya terjadi akibat kecelakaan yang mengalami benturan keras di kepala dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah di otak. CVA hemoragik juga bisa terjadi karena tekanan darah yang terlalu tinggi. Pecahnya pembuluh darah ini menyebabkan darah menggenangi jaringan otak di sekitar pembuluh darah yang menjadikan suplai darah terganggu, maka fungsi dari otak juga menurun. Penyebab lain dari CVA hemoragik yaitu adanya penyumbatan pada dinding pembuluh darah yang rapuh (aneurisme), mudah menggelembung, dan rawan pecah, yang umumnya terjadi pada usia lanjut atau karena faktor keturunan. Menurut (Arya, 2011). CVA hemoragik dibagi menjadi dua kategori, yaitu:

a. CVA Hemoragik Intraserebral (SHI)

SHI yaitu pendarahan terjadi dalam jaringan otak. Adapun gejala klinis dari SHI ini beragam. Nyeri kepala berat, lemah, muntah, dan adanya darah pada rongga subaraknoid pada pemeriksaan fungsi lumbal merupakan gejala penyerta yang khas. Penyebab yang paling utama dari SHI pada lansia yaitu hipertensi, robeknya pembuluh darah, rusaknya formasi/bentuk pembuluh darah, tumor, gangguan pembekuan darah, dan sebab lain yang tidak diketahui. Pada perdarahan intrakranial, bisa terjadi penurunan kesadaran sampai koma, kelumpuhan pada salah satu atau kedua sisi tubuh, gangguan pernafasan atau gangguan jantung, atau bahkan kematian. Bisa juga terjadi kebingungan dan hilang ingatan terutama pada usia lanjut.

b. Perdarahan Subaraknoid (PSA)

PSA merupakan keadaan yang akut. Pendarahan ini terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antar permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak). Darah di rongga subaraknoid merangsang selaput otak dan menimbulkan meningitis kimiawi. Darah yang sampai pada ventrikel (rongga-rongga kecil) dapat menggumpal dan mengakibatkan hidrosefalus akut. Penderita PSA mengeluh nyeri kepala yang hebat, juga dijumpai nyeri di punggung, rasa mual, muntah dan rasa takut. Dampak yang paling mencelakakan dari PSA yaitu apabila perdarahan pembuluh darah itu menyebabkan cairan yang mengelilingi otak dan mengakibatkan pembuluh darah di

sekitarnya menjadi kejang, sehingga menyumbat pasokan darah ke otak.

2.1.4.1 Klasifikasi Berdasarkan Perjalanan Penyakit

Berdasarkan perjalanan penyakitnya, CVA dapat dibagi menjadi tiga kategori, antara lain:

1. Serangan iskemik sepintas

Yaitu merupakan gangguan neurologis fokal atau saraf pusat yang timbul secara mendadak dan menghilang beberapa menit sampai beberapa jam. CVA ini bersifat sementara, namun jika tidak ditanggulangi akan berakibat pada serangan yang lebih fatal.

2. Progresif atau inevolusion (CVA yang sedang berkembang),

Yaitu perjalanan CVA berlangsung perlahan meskipun akut. CVA di mana deficit neurologisnya terus bertambah berat atau gangguan pada sistem saraf pusat mengalami gangguan.

3. CVA lengkap/completed

Yaitu gangguan neurologis maksimal sejak awal serangan dengan sedikit perbaikan. CVA di mana fungsi sistem saraf menurun pada saat onset/serangan lebih berat. CVA ini dapat menyebabkan kelumpuhan permanen jika tidak segera ditanggulangi.

2.1.5 fase CVA

Menurut (Rosiana, 2009). CVA dibagi menjadi 3 fase yaitu :

1. CVA fase akut

Fase ini muncul pada 2 minggu pertama setelah serangan

2. CVA fase subakut

Fase ini muncul antara 2 minggu-6 bulan pasca CVA

3. CVA fase kronis

Fase ini muncul diatas 6 bulan pasca CVA

2.1.6 Patofisiologi

Infark serebri adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat (Iskandar, 2011).

Suplai darah ke otak dapat berubah (semakin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskuler) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Arteriosklerosis sering kali merupakan faktor penting untuk otak, trombus dapat berasal dari plak arteriosklerosis, atau darah dapat beku pada area stenosis, tempat aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah dan terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak pada area yang di suplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan.

Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-

kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan.

Karena trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebri oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi infeksi sepsis akan meluas pada dinding pembuluh darah, maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini menyebabkan perdarahan serebri, jika aneurisma pecah atau ruptur.

Perdarahan otak lebih disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebri yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit serebrovaskular, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falks serebri atau lewat foramen magnum.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak, perembesan darah ke ventrikel otak tidak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus, dan pons.

Jika sirkulasi serebri terhambat, dapat berkembang anoksia serebri. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebri dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversibel bila anoksia serebri lebih dari 10 menit. Anoksia serebri dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung. Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume

perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial dan menyebabkan menurunnya tekanan perfusi otak serta terganggunya drainase otak.

Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar serta kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan neuron-neuron di daerah yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi. Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Apabila volume darah lebih dari 60 cc maka resiko kematian sebesar 93% pada perdarahan dalam dan 71% pada perdarahan lobar. Sedangkan bila terjadi perdarahan serebral dengan volume antara 30-60 cc diperkirakan kemungkinan kematian sebesar 75% tetapi volume darah 5 cc dan terdapat di pons sudah berakibat fatal. Sehingga hal tersebut mengakibatkan sel di otak menjadi rusak atau mati. Rusaknya sel atau matinya sel dalam otak ini mengakibatkan gangguan fungsi saraf dan motorik sehingga dapat menimbulkan CVA.

Berat atau ringannya dampak serangan CVA tergantung pada lokasi atau daerah otak yang rusak. Bila aliran darah terputus hanya pada area yang kecil atau terjadi pada daerah yang tidak rawan, efeknya ringan atau hanya berlangsung sementara. Sebaliknya bila aliran darah terputus pada daerah yang luas atau pada bagian otak yang vital, terjadi kelumpuhan yang parah sampai pada kematian. Bila dampaknya lebih ringan, biasanya bagian yang terkena dirasakan tidak bertenaga (hemiparesis). Bila yang terkena pada bagian kanan otak, terjadi hemiparesis kiri. Bila yang terserang pada bagian kiri otak maka terjadi hemiparesis kanan. Apabila terserang lebih berat akan terjadi kelumpuhan.

Kelumpuhan sebelah bagian tubuh (hemiplegia) adalah cacat yang paling umum akibat CVA. Bila CVA menyerang bagian kiri otak, terjadi hemiplegia kanan. Bila yang terserang adalah bagian kanan otak, yang terjadi adalah hemiplegia kiri (Muttaqin, 2011).

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang perlu dilakukan untuk menegakkan diagnosa CVA adalah:

1. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab dari CVA secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler.

2. Lumbal fungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragik pada subaraknoid atau perdarahan pada intracranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (*xantokrom*) sewaktu hari pertama.

3. CT scan

Pemindai ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

4. MRI

MRI (*Magnetic Imaging Resonance*) menggunakan gelombang magnetic untuk menentukan posisi dan besar/luasnya terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya di dapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

5. USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena masalah sistem karotis.

6. EEG

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

7. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Pemeriksaan darah rutin
- b. Pemeriksaan kimia darah: Pada CVA akut dapat terjadi hiperglikemia, gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur – angsur turun kembali.
- c. Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri (Barbara, 2010).

2.1.8 Penatalaksanaan

a) Penatalaksanaan Medis

Untuk mengobati keadaan akut perlu di perhatikan faktor-faktor kritis sebagai berikut:

- 1). Berusaha menstabilkan tanda-tanda vital dengan :

- a). Mempertahankan saluran nafas yang paten, yaitu sering lakukan pengisapan lendir, oksigenasi, kalau perlu lakukan trakeostomi, membantu pernafasan.
 - b). Mengontrol tekanan darah berdasarkan kondisi klien, termasuk usaha memperbaiki hipertensi.
- 2). Berusaha menemukan dan memperbaiki aritmia jantung.
 - 3). Merawat kandung kemih, sedapat mungkin jangan memakai kateter.
 - 4). Menempatkan klien pada posisi yang tepat, harus dilakukan secepat mungkin. Posisi klien harus di rubah tiap 2 jam dan dilakukan latihan-latihan gerak pasif.
- b) Penatalaksanaan Konservatif
1. Vasodilator Meningkatkan aliran darah serebral (ADS) secara percobaan, tetapi maknanya: pada tubuh manusia belum dapat di buktikan
 2. Dapat di berikan histamine, aminophilin, asetazolamid, papaverin intra arterial.
 3. Medikasi antitrombosit dapat di resepkan karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan thrombus dan embolisasi. Antiagresi thrombosis seperti aspirin di gunakan untuk menghambat reaksi pelepasan agresi trombosis yang terjadi sesudah ulserasi alteroma.
 4. Antikoagulan dapat di resepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskuler.

c) Penatalaksanaan pembedahan.

Tujuan utama adalah memperbaiki aliran darah serebral.

1. Endosterektomi karotis membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher.
2. Ravaskularisasi terutama merupakan tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh klien TIA.
3. Evaluasi bekuan darah dilakukan pada CVA akut.
4. Ugasi arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma (Muttaqin, 2011).

2.1.9 Pencegahan CVA

Menurut Harsono (2011), upaya mencegah terjadinya stroke dibagi menjadi dua kategori yaitu pencegahan primer dan pencegahan sekunder. Pencegahan primer apabila penyakit stroke belum terjadi, sedangkan pencegahan sekunder dilakukan perawatan atau pengobatan terhadap penyakit dasarnya.

a. Pencegahan Primer

Strategi kampanye nasional yang terintegrasi dengan program pencegahan penyakit vascular lainnya. Memasyarakatkan gaya hidup sehat bebas CVA: Mengindari rokok, stres mental, alkohol, kegemukan, konsumsi garam berlebihan, obat-obat golongan amfetamin, kokain dan sejenisnya. Mengurangi kolesterol dan lemak dalam makanan. Mengendalikan hipertensi, diabetes militus, penyakit jantung (misalnya fibrilasi atrium, infark miokard akut, penyakit jantung rematik),

penyakit vaskular aterosklerotik lainnya. Mengajukan konsumsi gizi seimbang dan olahraga teratur.

b. Pencegahan Sekunder

Modifikasi gaya hidup beresiko CVA dan faktor resiko misalnya:

- a. Hipertensi: diet, obat antihipertensi yang sesuai.
- b. Diabetes militus: diet, obat hipoglikemik oral/insulin.
- c. Penyakit jantung aritmia nonvalvular (anti koagulan oral).
- d. Dislipidemia: diet rendah lemak dan obat anti dislipidemia.
- e. Berhenti merokok.
- f. Hindari alkohol, kegemukan dan kurang gerak.
- g. Hiperurisemia: diet, antihiperurisemia.
- h. Melibatkan peran keluarga seoptimal mungkin.
- i. Obat – obatan yang di gunakan:
 1. Asetosal (asam asetil silsilat) di gunakan sebagai obat pilihan pertama, dengan dosis berkisar antara 80-320 mg/hari.
 2. Antikoagolan oral (warfarin/dikumarol) diberikan pada pada pasien dengan faktor resiko penyakit jantung (fibrilasi atrium, infark miokard akut, kelainan katup). Kondisi koagulopati yag lain dengan syarat – syarat tertentu. Dosis awal warfarin 10mg/hari dan disesuaikan setia hari berdasarkan hasil masa protombin/trombotes (masa protombin 1.3-1.5 kali nilai kontrol atau INR = 2-3 atau trombotes 10-15%). Biasanya baru tercapai setelah 3-5 hari pengobatan. Bila masa protrombin/trombotes suda setabil maka frekuensi pemeriksaannya di kurangi menjadi setiap minggu kemudian setiap bulan.

3. Pasien yang tidak tahan asetosal dapat di berikan tiklodipin 250-500mg/hari, dosis rendah asetosal 80 mg + cilastazol 50-100mg/hari atau asetosol 80 mg + dipiridamol 75/150 mg/hari. (Suddarth, 2011).

2.1.10 Komplikasi

Akibat CVA di tentukan oleh bagian otak mana yang cedera, terapi perubahan – perubahan yang terjadi setelah CVA, baik yang mempengaruhi bagian kanan atau kiri otak pada umumnya adalah sebagai berikut:

- a. Dalam hal mobilisasi : infeksi pernafasan, nyeri tekan, konstipasi dan tomboflibitis.
- b. Dalam hal paralisis : nyeri pada daerah punggung, dislokasi sendi, deformitas, dan terjatuh.
- c. Dalam hal kerusakan otak : epilepsi dan sakit kepala hidrosepalus. (Masriadi, 2016).

2.2 Konsep dasar personal hygiene

2.2.1 Pengertian

Perawatan diri atau kebersihan diri (personal hygiene) merupakan perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan, baik secara fisik maupun psikologis. Pemenuhan perawatan diri di pengaruhi berbagai faktor, di antaranya budaya, nilai sosial pada individu atau keluarga, pengetahuan terhadap perawatan diri, serta persepsi terhadap perawatan diri. Personal hygiene adalah suatu tindakan memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis.

2.2.2 Macam-macam personal hygiene dan manfaatnya

Tujuan umum perawatan diri adalah untuk mempertahankan perawatan diri baik secara mandiri maupun dengan menggunakan bantuan orang lain, dapat melatih hidup sehat/bersih dengan cara memperbaiki gambaran atau persepsi terhadap kesehatan dan kebersihan, serta menciptakan penampilan yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan. Menurut (Haryono, 2010). Macam-macam personal hygiene dan tujuannya adalah:

1. Perawatan Kulit

Kulit merupakan organ aktif yang berfungsi sebagai pelindung dari berbagai kuman atau trauma, sekresi, eksresi, pengatur temperature, dan sensasi sehingga diperlukan perawatan yang adekuat dalam mempertahankan fungsinya. Kulit memiliki 3 lapisan utama yaitu epidermis, dermis, dan subkutan. Ketika pasien tidak mampu atau melakukan perawatan kulit dengan mandiri maka perawat memberikan bantuan atau mengajarkan keluarga bagaimana melaksanakan personal hygiene. Seorang pasien yang tidak mampu bergerak bebas karena penyakit akan beresiko terjadinya kerusakan kulit. Bagian badan yang tergantung dan terpapar tekanan dari dasar permukaan tubuh (misalnya matrasi gips tubuh atau lapisan linen yang berkerut) akan mengurangi sirkulasi pada bagian tubuh yang terkena sehingga dapat menyebabkan dekubitus. Pelembab pada permukaan kulit merupakan media pertumbuhan bakteri dan menyebabkan iritasi lokal, menghaluskan sel epidermis, dan dapat menyebabkan maserasi kulit. Keringat, urine, material fekal berair, dan drainase luka dapat mengakumulasi pada

permukaan kulit dan akan menyebabkan kerusakan kulit dan infeksi. Pasien yang menggunakan beberapa jenis alat eksternal pada kulit seperti gips, baju pengikat, pembalut, balutan, dan jaket ortopedik dapat menimbulkan tekanan atau friksi terhadap permukaan kulit sehingga menyebabkan kerusakan kulit. Tujuan perawatan kulit adalah pasien akan memiliki kulit yang utuh, bebas bau badan, pasien dapat mempertahankan rentang gerak, merasa nyaman dan sejahtera, serta dapat berpartisipasi dan memahami metode perawatan kulit.

2. Mandi

Memandikan pasien merupakan perawatan higienis total. Mandi dapat dikategorikan sebagai pembersihan atau terapeutik. Mandi ditempat tidur yang lengkap diperlukan bagi pasien dengan ketergantungan total dan memerlukan personal hygiene total. Keluasan mandi pasien dan metode yang digunakan untuk mandi berdasarkan pada kemampuan fisik pasien dan kebutuhan tingkat hygiene yang dibutuhkan. Pasien yang bergantung dalam pemenuhan kebutuhan personal hygiene terbaring ditempat tidur dan tidak mampu mencapai semua anggota badan dapat memperoleh mandi sebagian di tempat tidur. Tujuan memandikan pasien di tempat tidur adalah untuk menjaga kebersihan tubuh, mengurangi infeksi akibat kulit kotor, memperlancar sistem peredaran darah, dan menambah kenyamanan pasien. Mandi dapat menghilangkan mikroorganisme dari kulit serta sekresi tubuh, menghilangkan bau tidak enak, memperbaiki sirkulasi darah ke kulit, dan membuat pasien merasa lebih rileks dan segar. Pasien dapat

dimandikan setiap hari di rumah sakit. Namun, bila kulit pasien kering, mandi mungkin dibatasi sekali atau dua kali seminggu sehingga tidak akan menambah kulit menjadi kering. Perawat atau anggota keluarga mungkin perlu membantu pasien berjalan ke kamar mandi atau kembali dari kamar mandi. Perawat atau anggota keluarga harus ada untuk membantu pasien menggosok atau mengeringkan bila perlu atau mengganti pakaian bersih setelah mandi. Kadang pasien dapat mandi sendiri di tempat tidur atau mereka memerlukan bantuan dari perawat atau anggota keluarga untuk memandikan bagian punggung atau kakinya. Kadang pasien tidak dapat mandi sendiri dan perawat atau anggota keluarga memandikan pasien di tempat tidur.

3. Hygiene Mulut

Pasien imobilisasi terlalu lemah untuk melakukan perawatan mulut, sebagai akibatnya mulut menjadi terlalu kering atau teriritasi dan menimbulkan bau tidak enak. Masalah ini dapat meningkat akibat penyakit atau medikasi yang digunakan pasien. Perawatan mulut harus dilakukan setiap hari dan bergantung terhadap keadaan mulut pasien. Gigi dan mulut merupakan bagian penting yang harus dipertahankan kebersihannya sebab melalui organ ini berbagai kuman dapat masuk. Hygiene mulut membantu mempertahankan status kesehatan mulut, gigi, gusi, dan bibir, menggosok gigi membersihkan gigi dari partikel-partikel makanan, plak, bakteri, memasase gusi, dan mengurangi ketidaknyamanan yang dihasilkan dari bau dan rasa yang tidak nyaman. Beberapa penyakit yang mungkin muncul akibat perawatan

gigi dan mulut yang buruk adalah karies, gingivitis (radang gusi), dan sariawan. Hygiene mulut yang baik memberikan rasa sehat dan selanjutnya menstimulasi nafsu makan. Tujuan perawatan hygiene mulut pasien adalah pasien akan memiliki mukosa mulut utuh yang terhidrasi baik serta untuk mencegah penyebaran penyakit yang ditularkan melalui mulut (misalnya tifus, hepatitis), mencegah penyakit mulut dan gigi, meningkatkan daya tahan tubuh, mencapai rasa nyaman, memahami praktik hygiene mulut dan mampu melakukan sendiri perawatan hygiene mulut dengan benar.

4. Perawatan Mata, Hidung, Dan Telinga

Perhatian khusus diberikan untuk membersihkan mata, hidung, dan telinga selama pasien mandi. Secara normal tidak ada perawatan khusus yang diperlukan untuk mata karena secara terus-menerus dibersihkan oleh air mata, kelopak mata dan bulu mata mencegah masuknya partikel asing ke dalam mata. Normalnya, telinga tidak terlalu memerlukan pembersihan. Namun pasien dengan serumen yang terlalu banyak telinganya perlu dibersihkan baik mandiri pasien atau dilakukan oleh perawat dan keluarga. Hygiene telinga mempunyai implikasi untuk ketajaman pendengaran. Bila benda asing berkumpul pada kanal telinga luar, maka akan mengganggu konduksi suara. Hidung berfungsi sebagai indra penciuman, memantau temperatur dan kelembapan udara yang dihirup, serta mencegah masuknya partikel asing ke dalam sistem pernapasan. Pasien yang memiliki keterbatasan mobilisasi memerlukan bantuan perawat atau anggota keluarga untuk melakukan perawatan

mata, hidung, dan telinga. Tujuan perawatan mata, hidung, dan telinga adalah pasien akan memiliki organ sensorik yang berfungsi normal, mata, hidung, dan telinga pasien akan bebas dari infeksi, dan pasien akan mampu melakukan perawatan mata, hidung, dan telinga sehari-hari.

5. Perawatan Rambut

Penampilan dan kesejahteraan seseorang seringkali tergantung dari cara penampilan dan perasaan mengenai rambutnya. Penyakit atau ketidakmampuan mencegah seseorang untuk memelihara perawatan rambut sehari-hari. Menyikat, menyisir dan bersampo adalah cara-cara dasar higienis perawatan rambut, distribusi pola rambut dapat menjadi indikator status kesehatan umum, perubahan hormonal, stress emosional maupun fisik, penuaan, infeksi dan penyakit tertentu atau obat-obatan dapat mempengaruhi karakteristik rambut. Rambut merupakan bagian dari tubuh yang memiliki fungsi sebagai proteksi serta pengatur suhu melalui rambut perubahan status kesehatan diri dapat diidentifikasi. Penyakit atau ketidakmampuan menjadikan pasien tidak dapat memelihara perawatan rambut sehari-hari. Pasien immobilisasi rambutnya cenderung terlihat kusut. Menyikat, menyisir, dan bersampo merupakan dasar hygiene rambut untuk semua pasien. Pasien juga harus diizinkan bercukur bila kondisi mengizinkan. Pasien yang mampu melakukan perawatan diri harus dimotivasi untuk memelihara perawatan rambut sehari-hari. Sedangkan pada pasien yang memiliki keterbatasan mobilisasi memerlukan bantuan perawat atau

keluarga pasien dalam melakukan higyene rambut. Tujuan perawatan rambut adalah pasien akan memiliki rambut dan kulit kepala yang bersih dan sehat, pasien akan mencapai rasa nyaman dan harga diri, dan pasien dapat berpartisipasi dalam melakukan praktik perawatan rambut.

6. Perawatan Kaki Dan Kuku

Kaki dan kuku seringkali memerlukan perhatian khusus untuk mencegah infeksi, bau, dan cedera pada jaringan. Tetapi sering kali orang tidak sadar akan masalah kaki dan kuku sampai terjadi nyeri atau ketidaknyamanan. Menjaga kebersihan kuku penting dalam mempertahankan personal hygiene karena berbagai kuman dapat masuk kedalam tubuh melalui kuku. Oleh sebab itu, kuku seharusnya tetap dalam keadaan sehat dan bersih. Perawatan dapat digabungkan selama mandi atau pada waktu yang terpisah. Tujuan perawatan kaki dan kuku adalah pasien akan memiliki kulit utuh dan permukaan kulit yang lembut, pasien merasa nyaman dan bersih, pasien akan memahami dan melakukan metode perawatan kaki dan kuku dengan benar.

7. Perawatan Genitalia

Perawatan genitalia merupakan bagian dari mandi lengkap. Pasien yang paling butuh perawatan genitalia yang teliti adalah pasien yang beresiko terbesar memperoleh infeksi. Pasien yang mampu melakukan perawatan diri dapat diizinkan untuk melakukannya sendiri. Perawat mungkin menjadi malu untuk memberikan perawatan genitalia, terutama pada pasien yang berlainan jenis kelamin. Dapat membantu jika memiliki perawat yang sama jenis kelamin dengan pasien dalam

ruangan pada saat memberikan perawatan genitalia. Tujuan perawatan genitalia adalah untuk mencegah terjadinya infeksi, mempertahankan kebersihan genitalia, meningkatkan kenyamanan serta mempertahankan personal hygiene.

2.1.3 Jenis Personal Hygiene Berdasarkan Waktu Pelaksanannya

Menurut (Ambarwati, 2011). personal hygiene berdasarkan waktu pelaksanaannya dibagi menjadi empat yaitu:

1. Perawatan Dini Hari

Merupakan personal hygiene yang dilakukan pada waktu bangun tidur, untuk melakukan tindakan untuk test yang terjadwal seperti dalam pengambilan bahan pemeriksaan (urine atau feses), memberikan pertolongan seperti menawarkan bedpan atau urinal jika pasien tidak mampu ambulasi, mempersiapkan pasien dalam melakukan sarapan atau makan pagi dengan melakukan tindakan personal hygiene, seperti mencuci muka, tangan, menjaga kebersihan mulut.

2. Perawatan Pagi Hari

Merupakan personal hygiene yang dilakukan setelah melakukan sarapan atau makan pagi seperti melakukan pertolongan dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi (BAB/BAK), mandi atau mencuci rambut, melakukan perawatan kulit, melakukan pijatan pada punggung, membersihkan mulut, kuku, rambut, serta merapikan tempat tidur pasien. Hal ini sering disebut sebagai perawatan pagi yang lengkap.

3. Perawatan Siang Hari

Merupakan personal hygiene yang dilakukan setelah melakukan berbagai tindakan pengobatan atau pemeriksaan dan setelah makan siang dimana pasien yang dirawat di rumah sakit seringkali menjalani banyak test diagnostik yang melelahkan atau prosedur di pagi hari. Berbagai tindakan personal hygiene yang dapat dilakukan, antara lain mencuci muka dan tangan, membersihkan mulut, merapikan tempat tidur, dan melakukan pemeliharaan kebersihan lingkungan kesehatan pasien.

4. Perawatan Menjelang Tidur

Merupakan personal hygiene yang dilakukan pada saat menjelang tidur agar pasien relaks sehingga dapat tidur atau istirahat dengan tenang. Berbagai kegiatan yang dapat dilakukan antara lain pemenuhan kebutuhan eliminasi (BAB/BAK), mencuci tangan dan muka, membersihkan mulut, dan memijat daerah punggung.

2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Personal Hygiene

Menurut (Alil, 2010). faktor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene antara lain:

1. Citra tubuh

Penampilan umum klien dapat menggambarkan pentingnya hygiene pada orang tersebut. Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya. Citra tubuh ini dapat sering berubah. Citra tubuh mempengaruhi cara mempertahankan hygiene. Jika seorang klien rapi sekali maka perawat mempertimbangkan rincian kerapian ketika

merencanakan keperawatan dan berkonsultasi pada klien sebelum membuat keputusan tentang bagaimana memberikan perawatan higienis. Karena citra tubuh klien dapat berubah akibat pembedahan atau penyakit fisik maka perawat harus membuat suatu usaha ekstra untuk meningkatkan hygiene.

2. Praktik Sosial

Kelompok-kelompok sosial wadah seorang klien berhubungan dapat mempengaruhi praktik hygiene pribadi. Saat masa kanak-kanak, biasanya mendapatkan praktik hygiene dari orang tua mereka. Kebiasaan keluarga, jumlah orang dirumah, dan ketersediaan air panas dan atau air mengalir hanya merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi perawatan kebersihan.

3. Status Sosio-Ekonomi

Sumber daya ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkat praktik kebersihan yang digunakan. Perawat harus menentukan apakah klien dapat menyediakan bahan-bahan yang penting seperti deodorant, sampo, pasta gigi dan kosmetik. Perawat juga harus menentukan jika penggunaan produk-produk ini merupakan bagian dari kebiasaan sosial yang dipraktikkan oleh kelompok sosial klien.

4. Pengetahuan

Pengtahuan tentang pentingnya hygiene dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi praktik hygiene. Namun demikian, pengetahuan itu sendiri tidaklah cukup, klien juga harus termotivasi untuk memelihara perawatan diri. Seringkali pembelajaran tentang

penyakit atau kondisi mendorong klien untuk meningkatkan hygiene. Pembelajaran praktik tertentu yang diharapkan dan menguntungkan dalam mengurangi resiko kesehatan dapat memotivasi seseorang untuk memenuhi perawatan yang perlu.

5. Variable Kebudayaan

Kepercayaan kebudayaan klien dan nilai pribadi mempengaruhi perawatan hygiene. Orang dari latar kebudayaan yang berbeda mengikuti praktik keperawatan diri yang berbeda pula. Di Asia kebersihan dipandang penting bagi kesehatan. Di Negara-negara Eropa mandi secara penuh hanya sekali dalam seminggu.

6. Pilihan Pribadi

Setiap klien memiliki keinginan individu dan pilihan tentang kapan untuk mandi, bercukur, dan melakukan perawatan rambut. Klien memilih produk yang berbeda (misalnya: Sabun, sampo, deodorant, dan pasta gigi) menurut pilihan pribadi.

7. Kondisi Fisik

Orang yang menderita penyakit tertentu (misalnya kanker tahap lanjut) atau menjalani operasi sering kali kekurangan energi fisik atau ketangkasan untuk melakukan hygiene pribadi.

2.2.5 Dampak yang Sering Timbul Pada Masalah Personal Hygiene

1) Dampak Fisik

Banyak gangguan kesehatan yang di derita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik

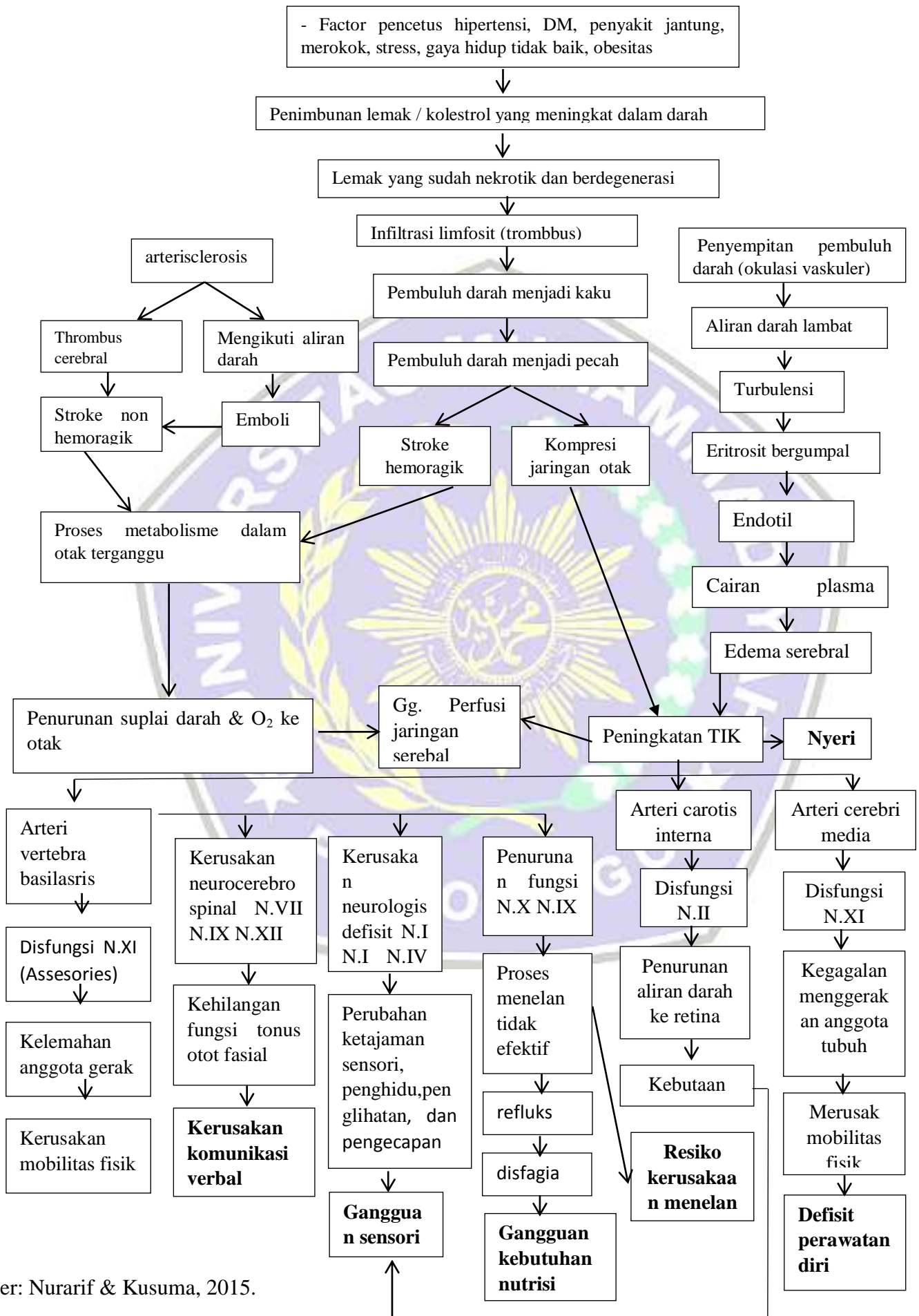
yang sering terjadi adalah: integritas kulit, gangguan membrane mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga serta gangguan fisik pada kuku.

2). Gangguan Psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan personal hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, aktualisasi diri, dan gangguan interaksi sosial.



Gambar 2.3 Pathway CVA Hemoragik



Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015.

2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya (Rohmah, 2016).

1. Identitas Klien

Biasanya meliputi nama, umur (kebanyakan terdapat pada usia tua), jenis kelamin (biasanya sering terjadi pada laki-laki), pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan MRS, nomer register dan diagnosa medis.

2. Keluhan Utama

Keluhan yang menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan adalah kelemahan pada masalah satu sisi anggota gerak badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

3. Data Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan CVA berlangsung secara tiba-tiba, mungkin saat klien sedang melakukan aktivitas ataupun sedang beristirahat. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadarkan diri, selain gejala kelumpuhan sebagian badan atau gangguan fungsi otak lainnya.

b. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat CVA sebelumnya, riwayat diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi

oral yang lama, penggunaan anti koagulan, aspirin, vasodilatator, obat-obat adiktif dan obesitas.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Apakah ada riwayat keluarga yang memiliki hipertensi, diabetes mellitus atau adanya riwayat CVA dari generasi sebelumnya.

4. Riwayat psikososial dan spiritual

Peranan pasien dalam keluarga, status emosi meningkat, interaksi meningkat, interaksi sosial terganggu, adanya rasa cemas yang berlebihan. Dan apakah klien rajin dalam melakukan ibadah sehari-hari.

5. Aktivitas sehari-hari

a. Nutrisi

Makan sehari-hari klien apakah makanan yang mengandung lemak, makanan apa yang sering dikonsumsi oleh pasien, misalnya : masakan yang mengandung garam, santan, goreng-gorengan, suka makan hati, limpa, usus dan bagaimana nafsu makan klien. Biasanya terjadi gangguan nutrisi karena adanya gangguan menelan pada pasien stroke hemoragik sehingga menyebabkan penurunan berat badan. Minuman yang dikonsumsi apakah ada ketergantungan obat, narkoba, minum yang mengandung alkohol.

b. - Eliminasi BAK

Biasanya terjadi inkontinensia urin

- Eliminasi BAB

Biasanya pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik.

c. Aktivitas

Biasanya pasien tidak dapat beraktifitas karena mengalami hemiparese atau kelemahan, kehilangan sensori, hemiplegia atau kelumpuhan.

d. Tidur dan istirahat

Biasanya pasien mengalami kesukaran untuk beristirahat karena adanya kejang otot/ nyeri otot.

e. Personal hygiene

Pasien akan tampak kotor, timbul bau badan tidak sedap, bau mulut, rambut kumal, ada ketombe, berkeringat, daki/bolot pada kulit, baju lusuk, mandi 2x sehari. Karena ada keterbatasan untuk melakukan perawatan diri secara mandiri.

f. Integumen

Kulit pasien akan tampak daki/bolot, pucat karena kekurangan O₂ dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek. Dan juga perlu dikaji tanda-tanda *decubitus* terutama pada daerah yang menonjol karena pasien CVA harus bed rest 2-3 minggu.

g. Neurologi

Umunya terdapat gangguan nervus cranialis VII dan XII central.

Hampir selalu terjadi kelumpuhan/kelemahan pada salah satu sisi tubuh. Dapat terjadi hemihipestesi. Pada fase akut reflek fisiologis

sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari akan muncul kembali didahului dengan reflek biologis.

6. 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) (Tarwoto, 2013).

1) Keadaan Umum

Klien yang mengalami gangguan muskuloskeletal keadaan umumnya lemah. Timbang berat badan klien, adakah gangguan penyakit karena obesitas atau malnutrisi.

2) Kesadaran

Biasanya pada pasien CVA mengalami tingkat kesadaran samnolen, apatis, spoor, sporos coma dengan GCS <2 pada awal terserang CVA. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran lateragi dan compos metis dengan GCS 13-15

3) Tanda-tanda Vital

- a) Tekanan darah biasanya pasien dengan CVA hemoragik memiliki darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80
- b) Nadi : Nadi biasanya normal
- c) Pernafasan : biasanya pasien CVA hemoragik mengalami gangguan pada bersihan jalan napas
- d) Suhu : biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan CVA hemoragik

4) Pemeriksaan *Head to toe* menurut Tarwoto (2013) :

1) Pemeriksaan kepala dan muka

Umumnya kepala simetris dan wajah tampak kumal dan pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminal) : biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, klien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada Nervus VII (facialis) : biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengerutkan dahi, mengernyitkan hidung, mengembungkan pipi, saat pasien mengembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah.

2) Mata

Biasanya ada rheum/belek mata, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada pemeriksaan Nervus II (optikus): biasanya luas pandang baik 90 derajat . Pada pemeriksaan Nervus III (okulomotoris): Biasanya reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. Nervus IV (troklearis) : biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abduksen) biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan ke kanan.

3) Hidung

Biasanya ada kotoran di hidung, terlihat simetris kiri dan kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung. Pada pemeriksaan 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 dan

pada Nervus VIII (akustikus) : biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung.

4) Mulut dan gigi terkait personal hygiene

Biasanya pada pasien apatis, spoor, spoors koma hingga koma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, lidah kotor, mulut kotor, mukosa bibir kering dan biasanya gosok gigi 2x sehari. Pada pemeriksaan Nervus VII (fasialis) : biasanya lidah mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada Nervus IX (glossofaringeal) : biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada Nervus XII (hipoglossus): biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara.5)

Telinga

Biasanya ada serumen, terlihat daun telinga sejajar kiri dan kanan. Pada pemeriksaan Nervus VIII (akustikus): biasanya pasien kurang bisa mendengar gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.

6) Leher

Bentuk leher, ada atau tidak pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis. Biasanya keadaan leher normal

7) Dada thorax

Pemeriksaan yang dilakukan pemeriksaan bentuk dada, retraksi.

- a. paru-paru: inspirasi dan ekspirasi sama, vocal premitus getaran dex n sin sama, biasanya tidak ada suara tambahan, resonan diseluruh lapang paru.
- b. Jantung: ictus cordis tidak tampak, tidak ada suara tambahan, pekak. Umumnya tidak ada gangguan.

8) Abdomen

Pemeriksaan bentuk perut, keadaan bising usus, supel, kembung, keluhan yang dirasakan, ada tidaknya nyeri tekan. Umumnya tidak terdapat gangguan.

9) Genetalia

Kebersihan genetalia biasanya kotor dan bau, terdapat rambut pubis atau tidak, terdapat hemoroid atau tidak. Umumnya tidak ada gangguan pada genetalia, biasanya memakai kateter atau pampers.

10) Ekstermitas

Keadaan rentang gerak biasanya terbatas, tremor, edema, nyeri tekan, penggunaan alat bantu, biasanya mengalami penurunan kekuatan otot (skala 1-5):

Kekuatan otot :

0 : Lumpuh

1 : Ada kontraksi

2 : Melawan gravitasi dengan sokongan

3 : Melawan gravitasi tapi tidak ada lawanan

4 : Melawan gravitasi dengan tahanan sedikit

5 : Melawan gravitasi dengan kekuatan penuh

11) Integumen

Warna kulit sawo matang/putih/pucat, kulit kering biasanya terdapat daki/bolot, keringat bau atau tidak, terdapat lesi atau tidak, kulit kotor atau bersih, CRT < 2 detik, keadaan turgor.

7. Pemeriksaan Nervus

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

- 1) Olfaktorius (N.I): Untuk menguji saraf penciuman dengan menggunakan 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 mengidentifikasi 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 snellen 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, Biasanya terdapat gangguan penglihatan.

- 3) Okulomotoris (N.III): Meliputi gerakan 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.
- 5) Trigeminus (N.V): Mempunyai tiga bagian sensori yang mengontrol sensori pada wajah dan kornea serta bagian motorik mengontrol otot mengunyah.
- 6) Abdusen (N.VI) : Merupakan syaraf gabungan, tetapi sebagian besar terdiri dari saraf motoric. Fungsinya untuk melakukan gerakan abduksi 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) Vestibul kokhlearis (N.VIII) : Pengujian dengan gesekan jari, detik arloji dan audiogram. Mengontrol pendengaran dan keseimbangan.
- 9) Glasofaringeus (N.IX) : Menyentuh dengan lembut, bagian belakang faring pada setiap sisi dengan spacula. Refleks menelan dan muntah.
- 10) Vagus (N.X) : Inspeksi dengan senter perhatikan apakah terdapat gerakan uvula. Mempersarafi faring, laring dan langit lunak.
- 11) Aksesorius (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.

8. Pemeriksaan Reflek

1. Patologis

- a. Reflek jaw : + (respon positif)
- b. Reflek babinski : + (respon positif)
- c. Reflek chaddock : + (respon positif)
- d. Reflek oppenheim : + (respon positif)

2. Fisiologi

- a. Reflek kornea : - (respon negatif)
- b. Reflek faring : - (respon negatif)

- c. Reflek cahaya : - (respon negatif)
- d. Reflek abdominal : + (respon positif)
- e. Reflek kremaster : + (respon positif)
- f. Reflek anal : - (respon negatif)
- g. Reflek bicep : fleksi lengan bawah kanan : - (respon negatif)
Fleksi lengan bawah kiri : + (respon positif)
- h. Reflek tricep : pada lengan kanan : - (respon negatif)
pada lengan kiri : + (respon positif)
- i. Reflek brachioradialis : Pada pergelangan kanan : - (respon negatif)
Pada pergelangan kiri : + (respon positif)
- j. Reflek quadriceps : + (respon positif)

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab (Herdman T. H & Kamitsuru S, 2018-2020).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul :

1. Kurang perawatan diri berhubungan dengan:
 - a. Kerusakan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan kontrol/koordinasi otot.
 - b. Kerusakan perseptual/kognitif.
 - c. Nyeri/ketidakhnyamanan

d. Depresi

2. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan:

- a. Kerusakan sirkulasi serebral
- b. Kerusakan neuromuskuler
- c. Kehilangan tonus otot/kontrol otot fasial
- d. Kelemahan/kelelahan

3. Resiko tinggi kerusakan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler/perceptual.

Diagnosa yang diprioritaskan oleh penulis dalam studi kasus pemenuhan kebutuhan kebersihan diri pada pasien CVA adalah “defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan kontrol/koordinasi otot”.

2.4.3 Analisis Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian dari jurnal personal hygiene mandi dalam pencegahan dekubitus pasien stroke oleh Moh Alimansur dan Hengki Irawan, kata kunci: *stroke, bathing, pressure sores*, jumlah responden terkumpul selama proses penelitian sejumlah 40 responden. Metode penelitian ini menggunakan desain deskriptif analitik, pengambilan sampel menggunakan teknik purposive sampling dan pengumpulan data menggunakan lembar observasi dan wawancara, penelitian bertujuan untuk mencegah dekubitus dengan memandikan pasien secara terencana, teratur dan benar. Hasil penelitian menunjukkan pasien stroke yang dimandikan dengan sempurna termasuk membersihkan area belakang dan punggung sebagian besar (95,8%) tidak mengalami luka dekubitus. Pasien stroke yang dibersihkan pada area bagian depan termasuk bagian dada sebagian besar

(63,6%) mengalami luka dekubitus derajat 1, sedangkan pasien stroke yang dimandikan hanya pada area wajah, lengan dan kaki sebagian besar (60%) mengalami luka dekubitus derajat 2. upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah dekubitus pasien stroke adalah dengan memandikan pasien secara terencana, teratur dan benar. Jika pasien dimandikan dengan benar maka akan meningkatkan kenyamanan pasien, kepuasan pasien, aliran darah menjadi lancar, dan penekanan jaringan tertentu dapat dikurangi sehingga resiko kerusakan jaringan kulit atau dekubitus bisa dicegah.

Berdasarkan penelitian jurnal pengaruh memandikan dengan metode tradisional yang diberi chloroxylenol terhadap tingkat kenyamanan pasien di ruang HCCU RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, oleh Imardiani, kata kunci: antiseptik *chloroxylenol*, metode memandikan tradisional, dan rasa nyaman. Dalam penelitian ini semua pasien yang dirawat di ruang tersebut melibatkan satu kelompok sebagai subjek penelitian, desain penelitian menggunakan metode *quasi experimental* dengan *pretest-posttest design without control group*. Tujuan penelitian untuk mengetahui seberapa pengaruh memandikan yang diberi *chloroxylenol* dapat meningkatkan kenyamanan pasien, menunjukkan hasil bahwa rata-rata tingkat kenyamanan pada subyek penelitian sebelum intervensi memandikan metode tradisional yang diberi chloroxylenol dan setelah dimandikan sehingga terjadi peningkatan kenyamanan pada pasien, dapat disimpulkan adanya perbedaan yang signifikan pre-post intervensi memandikan dengan metode tradisional terhadap tingkat kenyamanan pasien. Jadi dapat disimpulkan bahwa metode memandikan tradisional yang diberi chloroxylenol mempunyai kemampuan terhadap peningkatan kenyamanan.

Berdasarkan penelitian jurnal konvensional bed-bath dan prepacked disposable bed-bath dalam pemenuhan kebutuhan kebersihan diri pasien di Rumah Sakit Advent Bandung oleh, Christmas Warastiko, Sapti H. Widiyarti, kata kunci: *personal hygiene*, konvensional bed bath, prepacked disposable bed bath, kenyamanan. Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 20 orang pasien yang masing-masing 10 orang pasien dari Southwing III dan 10 orang pasien dari Westwing III. Desain yang digunakan penelitian adalah quasi experiment dengan menggunakan crossover design dan menggunakan teknik purposive sampling. Tujuan penelitian untuk mengetahui perbedaan metode konvensional bed bath dengan disposable bed bath. Hasil penelitian hasil analisis data menunjukkan bahwa nilai rata-rata kenyamanan pasien adalah 3,9583 yang berada dalam kategori baik dengan interpretasi nyaman. Kenyamanan pasien yang menerima tindakan pemenuhan kebutuhan personal hygiene dengan metode disposable bed bath. Hasil analisis data menunjukkan bahwa nilai rata-rata kenyamanan pasien adalah 3,4917 yang berada dalam kategori baik dengan interpretasi nyaman. Kesimpulan pasien yang menerima metode konvensional bed bath termasuk dalam rentang kategori baik dan interpretasi nyaman dengan nilai rata-rata 3,95, dan kenyamanan pasien yang menerima metode disposable bed bath termasuk dalam rentang kategori baik dengan nilai rata-rata 3,49.

2.4.1 Intervensi Keperawatan

Tabel Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1.	<p>SDKI</p> <p>DEFISIT PERAWATAN DIRI Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri Penyebab: 1. gangguan muskuloskeletal 2. gangguan neuromuskuler 3. Kelemahan 4. gangguan psikologis dan/atau psikotik 5. penurunan motivasi/minat</p>	<p>SLKI</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri : mandi pasien dapat terpenuhi dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik secara mandiri atau dengan alat bantu</p> <p>2. Perawatan diri mandi: mampu untuk membersihkan diri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>3. Membersihkan dan mengeringkan tubuh</p>	<p>SIKI</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri</p> <p>2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</p> <p>3. Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku - Monitor integritas kulit)</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Sediakan peralatan mandi (mis. Sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit)</p> <p>2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</p> <p>3. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan</p> <p>4. Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan</p> <p>5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri</p> <p>6. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</p>

Sumber: Tim Pokja DPP PPNI, 2018 (SDKI, SLKI, SIKI)

2.4.5 Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Fokus implementasi diantaranya, mempertahankan daya tahan tubuh, menemukan perubahan sistem tubuh, mencegah komplikasi, memantapkan hubungan klien dengan lingkungan (Wahyuni, 2016).

2.4.6 Evaluasi

Menurut (Wahyuni, 2016), Evaluasi atau tahap penelitian adalah perbandingan sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan. Tujuan evaluasi ini adalah untuk melihat kemampuan klien mencapai tujuan yang diinginkan dengan kriteria hasil pada perencanaan. Format yang dipakai adalah format SOAP :

1. S : Data Subjektif

Perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang dirasakan, di keluhkan dan di kemukakan klien.

2. O : Data Objektif

Perkembangan yang bias di amati dan di ukur oleh perawat atau tim kesehatan lain.

3. A : Analisa

Penilaian dari kedua jenis data (baik subjektif maupun objektif) apakah berkembang ke arah kebaikan atau kemunduran.

4. P : Perencanaan

Rencana penanganan klien yang di dasarkan pada hasil analisis di atas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi.

2.4.7 Hadizt Al-Qur'an

dengan hadits yang masyhur,

النَّظَافَةُ مِنَ الْإِيمَانِ

“Kebersihan sebagian dari iman.” (HR. Al-Tirmidzi)

Rasulullah *Shallallahu 'Alaihi Wasallam* bersabda,

الطُّهُورُ شَطْرُ الْإِيمَانِ

“Bersuci itu separoh keimanan.” (HR. Muslim).

HR Tirmidzi

رواه) أَفْنَيْتُكُمْ فَتَنْظُّوْا الْجُودَ يُحِبُّ جَوَادَ الْكِرَمِ يُحِبُّ كَرِيْمَ النَّظَافَةِ يُحِبُّ نَظِيْفَ الطَّيِّبِ يُحِبُّ طَيِّبَ تَعَالَى اللهُ إِنَّ التَّيْرِمْدِي:

artinya : Sesungguhnya Allah swt. Itu baik, Dia menyukai kebaikan. Allah itu bersih, Dia menyukai kebersihan. Allah itu mulia, Dia menyukai kemuliaan. Allah itu dermawan ia menyukai kedermawanan maka bersihkanlah olehmu tempat-tempatmu. (H.R. at –Tirmizi).

HR Baihaqi

الْبِيهَقِيُّ رَوَاهُ) إِلَّا تَنْظِيْفُ الْجَنَّةِ لَا يَدْخُلُ فَإِنَّهُ فَتَنْظُّوْا نَظِيْفُ الْإِسْلَامِ

artinya: Islam itu adalah bersih, maka jadilah kalian orang yang bersih.

Sesungguhnya tidak masuk surga kecuali orang-orang yang bersih (H.R. Baihaqi)

Dalil saat menghadapi sakit :

Tawakkal kepada Allah

Allah Ta'ala berfirman:

مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ إِلَّا بِإِذْنِ اللَّهِ وَمَنْ يُؤْمِنْ بِاللَّهِ يَهْدِ اللَّهُ قَلْبَهُ وَاللَّهُ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ

“Tidak ada suatu musibah pun yang menimpa seseorang kecuali dengan izin Allah; dan barangsiapa yang beriman kepada Allah niscaya Dia akan memberi petunjuk kepada hatinya. Dan Allah Maha Mengetahui segala sesuatu.” (QS. At-Taghabun: 11)

Menjaga aturan Allah

Allah Ta'ala berfirman:

احْفَظِ اللَّهَ يَحْفَظَكَ

“Jagalah Allah, niscaya Allah akan menjagamu.” (HR. Tirmidzi, no. 2516; Ahmad, 1:293; Al-Hakim dalam Al-Mustadrak, 14:408. Al-Hafizh Abu Thahir mengatakan bahwa sanad hadits ini hasan).

Ingatlah keadaan seorang mukmin antara bersyukur dan bersabar

Allah Ta'ala berfirman:

عَجَبًا لِأَمْرِ الْمُؤْمِنِ إِنَّ أَمْرَهُ كُلَّهُ خَيْرٌ وَلَيْسَ ذَلِكَ لِأَحَدٍ إِلَّا لِلْمُؤْمِنِ إِنْ أَصَابَتْهُ سَرَاءٌ شَكَرَ فَكَانَ خَيْرًا لَهُ وَإِنْ أَصَابَتْهُ ضَرَاءٌ صَبَرَ فَكَانَ خَيْرًا لَهُ

“Sungguh menakjubkan keadaan seorang mukmin. Seluruhnya urusannya itu baik. Ini tidaklah didapati kecuali pada seorang mukmin. Jika mendapatkan kesenangan, maka ia bersyukur. Itu baik baginya. Jika mendapatkan kesusahan, maka ia bersabar. Itu pun baik baginya.” (HR. Muslim, no. 2999).

Lakukan ikhtiar

Allah Ta'ala berfirman:

مَنْ تَصَبَّحَ بِسَبْعِ تَمَرَاتٍ عَجْوَةً لَمْ يَضُرَّهُ ذَلِكَ الْيَوْمَ سُمٌّْ وَلَا سِحْرٌ

“Barangsiapa di pagi hari memakan tujuh butir kurma ajwa, maka ia tidak akan terkena racun dan sihir pada hari itu.” (Muttafaquun ‘alaih. HR. Bukhari no. 5779 dan Muslim no. 2047).

Perkuat diri dengan dzikir, terutama sekali rutinkan dzikir pagi dan petang.

Allah Ta'ala berfirman:

مَا مِنْ عَبْدٍ يَقُولُ فِي صَبَاحِ كُلِّ يَوْمٍ وَمَسَاءِ كُلِّ لَيْلَةٍ : بِسْمِ اللَّهِ الَّذِي لَا يَضُرُّ مَعَ اسْمِهِ شَيْءٌ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي السَّمَاءِ وَهُوَ السَّمِيعُ الْعَلِيمُ ، ثَلَاثَ مَرَّاتٍ ، إِلَّا لَمْ يَضُرَّهُ شَيْءٌ

“Tidaklah seorang hamba mengucapkan setiap pagi dari setiap harinya dan setiap petang dari setiap malamnya kalimat: Bismillahilladi Laa Yadhurru Ma'asmih Syai-un Fil Ardhi Wa Laa Fis Samaa' Wa Huwas Sami'ul 'Aliim (dengan nama Allah Yang dengan nama-Nya tidak ada sesuatu pun yang membahayakan di bumi dan tidak juga di langit, dan Dialah Yang Maha Mendegar lagi Maha Mengetahui) sebanyak tiga kali, maka tidak aka nada apa pun yang membahayakannya.” (HR. Abu Daud dan Tirmidzi. Tirmidzi mengatakan bahwa hadits ini hasan shahih).

Bersabar

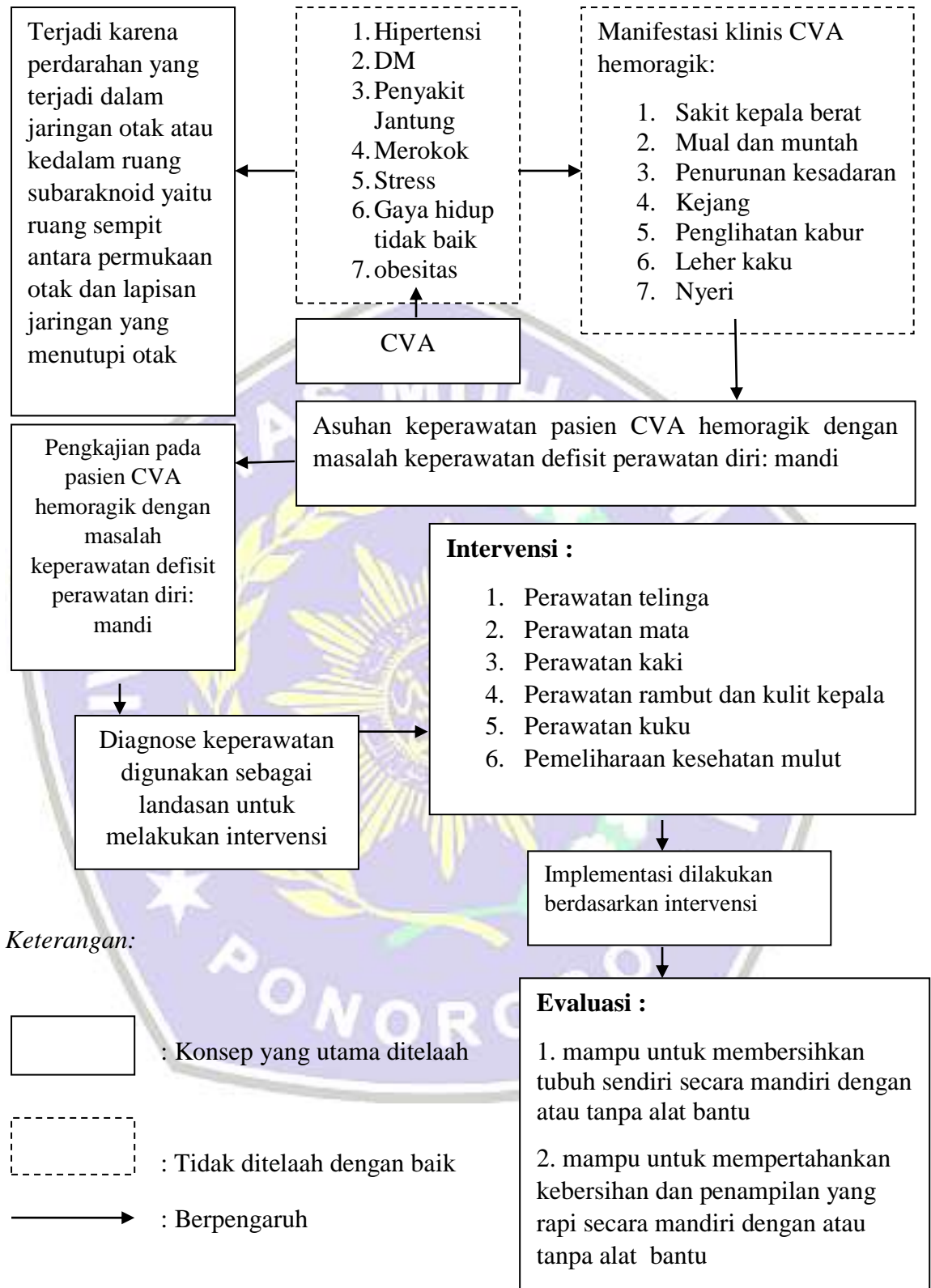
Allah Ta'ala berfirman:

وَلَنْبَلُوَكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ . أُولَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِّن رَّبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ

“Dan sungguh akan Kami berikan cobaan kepadamu, dengan sedikit ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa dan buah-buahan. Dan berikanlah berita gembira kepada orang-orang yang sabar. (yaitu) orang-orang yang apabila ditimpa musibah, mereka mengucapkan: “Inna lillaahiwainnaailaihiraaaji’uun” (segala sesuatu milik Allah dan kembali kepada Allah). Mereka itulah yang mendapat keberkatan yang sempurna dan rahmat dari Tuhan mereka dan mereka itulah orang-orang yang mendapat petunjuk.” (QS. Al-Baqarah: 155-157).



2.5 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.3 Hubungan Antar Konsep Asuhan Keperawatan Pasien CVA Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri: Mandi