

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep CVA

2.1.1 Pengertian

CVA Infark atau Stroke adalah penyakit atau gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya peredaran darah ke otak. Gangguan peredaran darah otak berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Kekurangan pasokan oksigen ke otak akan memunculkan kematian sel saraf (neuron). Gangguan fungsi otak ini akan memunculkan gejala stroke (Junaidi, 2011).

Stroke atau cedera serebrovaskuler (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah sebagian otak. Stroke adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak. Stroke dapat terjadi karena pembentukan trombus disuatu arteri serebrum, akibat emboli yang mengalir ke otak dari tempat lain di tubuh, atau akibat perdarahan otak (Corwin, 2001).

2.1.2 Etiologi

Ada beberapa penyebab CVA infark yaitu :

1. Trombosis serebri

Terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang

sedang tidur atau bangun tidur. Terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah. Trombosis serebri ini disebabkan karena adanya:

- (1) Aterosklerostis : mengerasnya/berkurangnya kelenturan dan elastisitas dinding pembuluh darah
- (2) Hiperkoagulasi : darah yang bertambah kental yang akan menyebabkan viskositas hematokrit meningkat sehingga dapat melambatkan aliran darah cerebral
- (3) Arteritis: radang pada arteri

2. Emboli

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

- 1) Penyakit jantung reumatik
- 2) Infark miokardium
- 3) Fibrilasi dan keadaan aritmia : dapat membentuk gumpalan-gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emboli cerebri
- 4) Endokarditis : menyebabkan gangguan pada endokardium

Ada beberapa faktor resiko CVA infark :

- 1) Hipertensi.
- 2) Penyakit kardiovaskuler-embolisme serebri berasal dari jantung: Penyakit arteri koronaria, gagal jantung kongestif, hipertrofi

ventrikel kiri, abnormalitas irama (khususnya fibrilasi atrium), penyakit jantung kongestif.

- 3) Kolesterol tinggi
- 4) Obesitas
- 5) Peningkatan hematocrit\
- 6) Diabetes Melitus
- 7) Merokok (Muttaqin, 2008)

2.1.3 Klasifikasi

Stroke dapat dibagi menjadi 2 kategori utama yaitu, stroke iskemik dan stroke hemorrhagic. Kedua kategori ini merupakan suatu kondisi yang berbeda, pada stroke hemorrhagic terdapat timbunan darah di subarahnoid atau intraserebral, sedangkan stroke iskemik terjadi karena kurangnya suplai darah ke otak sehingga kebutuhan oksigen dan nutrisi kurang mencukupi. Klasifikasi stroke antara lain sebagai berikut :

1. Stroke Iskemik

Stroke iskemik terjadi pada otak yang mengalami gangguan pasokan darah yang disebabkan karena penyumbatan pada pembuluh darah otak. penyumbatannya adalah plak atau timbunan lemak yang mengandung kolesterol yang ada dalam darah. Penyumbatan bisa terjadi pada pembuluh darah besar (*arteri karotis*), atau pembuluh darah sedang (*arteri serebri*) atau pembuluh darah kecil.

Penyumbatan pembuluh darah bisa terjadi karena dinding bagian dalam pembuluh darah (*arteri*) menebal dan kasar, sehingga aliran darah

tidak lancar dan tertahan. Oleh karena darah berupa cairan kental, maka ada kemungkinan akan terjadi gumpalan darah (*trombosis*), sehingga aliran darah makin lambat dan lama-lama menjadi sumbatan pembuluh darah. Akibatnya, otak mengalami kekurangan pasokan darah yang membawahi nutrisi dan oksigen yang diperlukan oleh darah. Sekitar 85 % kasus stroke disebabkan oleh stroke iskemik atau infark, stroke infark pada dasarnya terjadi akibat kurangnya aliran darah ke otak. Penurunan aliran darah yang semakin parah dapat menyebabkan kematian jaringan otak. Penggolongan stroke iskemik atau infark menurut Junaidi (2011) dikelompokkan sebagai berikut :

a. *Transient Ischemic Attack (TIA)*

Suatu gangguan akut dari fungsi lokal serebral yang gejalanya berlangsung kurang dari 24 jam atau serangan sementara dan disebabkan oleh thrombus atau emboli. Satu sampai dua jam biasanya TIA dapat ditangani, namun apabila sampai tiga jam juga belum bisa teratasi sekitar 50 % pasien sudah terkena infark (Junaidi, 2011).

b. *Reversible Ischemic Neurological Defisit (RIND)*

Gejala neurologis dari RIND akan menghilang kurang lebih 24 jam, biasanya RIND akan membaik dalam waktu 24–48 jam.

c. *Stroke In Evolution (SIE)*

Pada keadaan ini gejala atau tanda neurologis fokal terus berkembang dimana terlihat semakin berat dan memburuk setelah 48 jam. Defisit

neurologis yang timbul berlangsung bertahap dari ringan sampai menjadi berat.

d. *Complete Stroke Non Hemorrhagic*

Kelainan neurologis yang sudah lengkap menetap atau permanen tidak berkembang lagi bergantung daerah bagian otak mana yang mengalami infark.

2. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi pada otak yang mengalami kebocoran atau pecahnya pembuluh darah di dalam otak, sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel otak. Adanya darah yang menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel otak akan menyebabkan kerusakan jaringan sel otak dan menyebabkan kerusakan fungsi kontrol otak. Genangan darah bisa terjadi pada otak sekitar pembuluh darah yang pecah (*intracerebral hemorage*) atau dapat juga genangan darah masuk kedalam ruang sekitar otak (*subarachnoid hemorage*) bila ini terjadi stroke bisa sangat luas dan fatal bahkan sampai pada kematian.

Stroke hemoragik pada umumnya terjadi pada lanjut usia, karena penyumbatan terjadi pada dinding pembuluh darah yang sudah rapuh (*aneurisma*). Pembuluh darah yang sudah rapuh ini, disebabkan karena faktor usia (*degeneratif*), akan tetapi bisa juga disebabkan karena faktor keturunan (*genetik*). Keadaan yang sering terjadi adalah kerapuhan karena mengerasnya dinding pembuluh darah akibat tertimbun plak atau arteriosklerosis akan lebih

parah lagi apabila disertai dengan gejala tekanan darah tinggi. Beberapa jenis stroke hemoragik, yaitu:

1. Hemoragi ekstradural (hemoragi epidural) adalah kedaruratan bedah neuro yang memerlukan perawatan segera. Stroke ini biasanya diikutidengan fraktur tengkorak dengan robekan arteri tengah atau arteri meningens lainnya. Pasien harus diatasi beberapa jam setelah mengalami cedera untuk dapat mempertahankan hidup.
2. Hemoragi subdural (termasuk subdural akut) yaitu hematoma subdural yang robek adalah bagian vena sehingga pembentukan hematomanya lebih lama dan menyebabkan tekanan pada otak.
3. Hemoragi subaraknoid (hemoragi yang terjadi di ruang subaraknoid) dapat terjadi sebagai akibat dari trauma atau hipertensi tetapi penyebab paling sering adalah kebocoran aneurisma.
4. Hemoragi interaserebral, yaitu hemoragi atau perdarahan di substansi dalam otak yang paling umum terjadi pada pasien dengan hipertensi dan aterosklerosis serebral karena perubahan degeneratif karena penyakit ini biasanya menyebabkan ruptur pembuluh darah.

2.1.4 Manifestasi Klinik

Beberapa tanda dan gejala yang muncul pada pasien CVA yaitu :

1. Lobus Frontal

- 1) Defisit Kognitif : kehilangan memori, rentang perhatian singkat, peningkatan distrakibilitas (mudah buyar), penilaian buruk,tidak mampu menghitung, memberi alasan atau berpikir abstrak.

- 2) Defisit Motorik : hemiparase, hemiplegia, distria (kerusakan otot-otot bicara), disfagia (kerusakan otot-otot menelan).
- 3) Defisit aktivitas mental dan psikologi antara lain : labilitas, emosional, kehilangan kontrol diri dan hambatan sosial, penurunan toleransi terhadap stres, ketakutan, permusuhan frustrasi, marah, kekacauan mental dan keputusasaan, menarik diri, isolasi, depresi.

2. Lobus Parietal

Dominan

- a. Defisit sensori anatara lain defisit visual (jarak visual terpotong sebagian besar pada hemisfer serebri), hilangnya respon terhadap sensasi superfisial (sentuhan, nyeri, tekanan, panas dan dingin), hilangnya respon terhadap proprio resepsi (pengetahuan tentang posisi bagian tubuh).
- b. Defisit bahasa dan komunikasi
 - 1) Afasia ekspresif (kesulitan dalam mengubah suara menjadi pola-pola bicara yang dapat dipahami)
 - 2) Afasia reseptif (kerusakan kelengkapan kata yang di ucapkan)
 - 3) Afasia global (tidak mampu berkomunikasi pada setiap tingkat)
 - 4) Aleksia (ketidakmampuan untuk mengerti kata yang dituliskan)
 - 5) Agrafasia (ketidakmampuan untuk mengekspresikan ide-ide dalam tulisan).

Non Dominan

- 1) Defisit perseptual (gangguan dalam merasakan dengan tepat dan menginterpretasi diri/lingkungan) antara lain :
 - 2) Gangguan skem atau maksud tubuh (amnesia atau menyangkal terhadap ekstremitas yang mengalami paralise)
 - 3) Disorientasi (waktu, tempat dan orang)
 - 4) Apraksia (kehilangan kemampuan untuk menggunakan objek-objek dengan tepat)
 - 5) Agnosia (ketidakmampuan untuk mengidentifikasi lingkungan melalui indra)
 - 6) Kelainan dalam menemukan letak objek dalam ruangan
 - 7) Kerusakan memory untuk mengingat letak spasial objek atau tempat
 - 8) Disorientasi kanan dan kiri
3. **Lobus occipital** : defisit lapang penglihatan penurunan ketajaman penglihatan, diplobia(penglihatan ganda), buta.
4. **Lobus temporal** : defisit pendengaran, gangguan keseimbangan tubuh.
(Hudak dan Gallo, 2012)

2.1.5 Patofisiologi

Infark serebral 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. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau makin cepat) pada gangguan lokal

(thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vascular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis sering sebagai factor penyebab infark pada otak. Thrombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada area stenosis, tempat aliran darah mengalami perlambatan atau terjadi turbulensi.

Thrombus dapat dipecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Thrombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kogestri disekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan massif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septic infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisme pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisme pecah atau rupture.

Perdarahan pada otak disebabkan oleh rupture arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah, perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian dibandingkan keseluruhan penyakit serebrovaskular, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi masa otak, peningkatan tekanan intracranial dan yang lebih berat dapat mengakibatkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan sibatang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nucleus kaudatus, thalamus dan pons.

Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang enuklia serebral. Perubahan yang oleh enuklia serebral dapat reversible untuk waktu 4 sampai 6 menit. Perubahan irreversible jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral 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 intracranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vaso aktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area yg terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi.

Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Jika volume darah lebih dari 60cc maka resiko kematian sebesar 93% pada perdarahan dalam dan 71% pada perdarahan logar. Sedangkan jika terjadi perdarahan serebral dengan volume antara 30 sampai 60cc diperkirakan kemungkinan kematian sebesar 75%, namun volume darah 5cc dan terdapat di pons sudah berakibat fatal.

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

1. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler

2. CT scan

Memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti

3. Lumbal pungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragi pada subarakhnoaid atau perdarahan pada intrakranial.

4. USG Doppler

Mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis)

5. MRI (Magnetic Imaging Resonance)

Menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya di dapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik

6. Sinar tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pial daerah yang berlawanan dari masa yang meluas, kalsifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral, kalsifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subarakhnoid. (Batticaca, 2008)

2.1.7 Penatalaksanaan

Ada beberapa penatalaksanaan pada pasien CVA Infark untuk mengobati keadaan akut perlu menstabilkan TTV dengan:

- a. Mempertahankan saluran nafas yang paten
 - b. Kontrol tekanan darah
 - c. Merawat kandung kemih, tidak memakai kateter
 - d. Posisi yang tepat, posisi di ubah tiap 2 jam, latihan gerak pasif.
1. Terapi konservatif
 - a. Vasodilator untuk meningkatkan aliran serebral
 - b. Anti agregasi trombolis : aspirin untuk menghambat reaksi pelepasan agregasi trombosis yang terjadi sesudah ulseri alteroma
 - c. Anti koagulan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombosis atau embolisasi dari tempat lain ke sistem kardiovaskuler
 - d. Bila terjadi peningkatan TIK, hal yang dilakukan :
 - 1.) Hiperventilasi dengan ventilator sehingga PaCO₂ 30-35 mmHg
 - 2.) Osmeoterapi antara lain :
 - (a) Infus manitol 20 persen 100 ml atau 0,25-0,5 g/kg BB/kali dalam waktu 15-30 menit, 4-6 kali/hari
 - (b) Infus gliserol 10 persen 250 ml dalam waktu 1 jam, 4 kali/hari
 - 3.) Posisi kepala head up (15-30)

- 4.) Menghindari mengejan pada BAB
- 5.) Hindari batuk
- 6.) Meminimalkan lingkungan yang panas

2. Rehabilitasi psikoterapi

Memantau dan menenangkan kondisi kejiwaan penderita stroke yang tentunya sudah di kacaukan oleh kenyataan bahwa kesembuhan yang mutlak memang tidak mungkin pada kasus ini, pasti ada sisa defek yang dihasilkan dari sisa stroke

3. Rehabilitasi fisioterapi

- a. Positioning
- b. Range of motion (ROM) latihan pasif anggota gerak atas dan bawah, serta latihan gerak aktif atas dan bawah
- c. Latihan keseimbangan
- d. Latihan activity of day living

4. Rehabilitasi sosioterapi

Dengan melatih cara berkomunikasi, misalnya menulis, mendengarkan serta melatih dalam daya ingat. (Muttaqin, 2008)

2.1.8 Gerakan – gerakan ROM

Latihan *Range Of Motion* (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (potter & perry, 2005). Tujuan dari dilakukan ROM yaitu meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot,

mempertahankan fungsi jantung dan pernafasan, mencegah kekakuan pada sendi, memperlancar sirkulasi darah

Latihan ROM pasif adalah latihan yang dilakukan pasien dengan bantuan perawat pada setiap gerakan. Indikasi dari latihan pasif adalah pasien semikoma, pasien tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilitas, pasien tirah baring total atau pasien paralisis ekstremitas total (Suratun, dkk, 2008). Sedangkan latihan ROM aktif adalah perawat memberikan motivasi dan membimbing klien dalam melaksanakan pergerakan sendi secara mandiri sesuai rentang gerak sendi normal. Pemberian terapi ROM (*Range Of Motion*) pasif berupa latihan gerakan pada bagian pergelangan tangan, siku, bahu, jari-jari kaki atau pada bagian ekstermitas yang mengalami *hemiparese* sangat bermanfaat untuk menghindari adanya komplikasi akibat kurang gerak, seperti adanya kontraktur, kekakuan sendi (Irfan,2010)

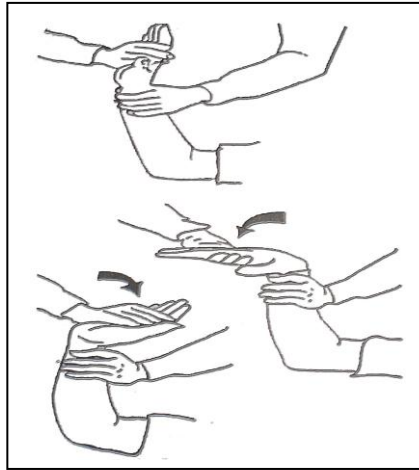
Adapun gerakan- gerakan ROM yang dapat dilakukan pada pasien CVA Infark adalah :

1. Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Tangan

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku menekuk dengan lengan.
3. Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien.

4. Tekuk tangan pasien ke depan sejauh mungkin.
5. Catat perubahan yang terjadi.

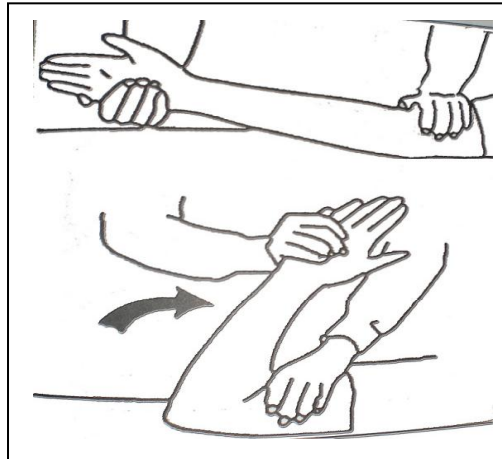


Gambar 2.1 Latihan fleksi dan ekstensi pergelangan tangan

2. Fleksi dan Ekstensi Siku

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
2. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dengan telapak mengarah ke tubuhnya.
3. Letakkan tangan di atas siku pasien dan pegang tangannya mendekat bahu.
4. Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya.
5. Catat perubahan yang terjadi.

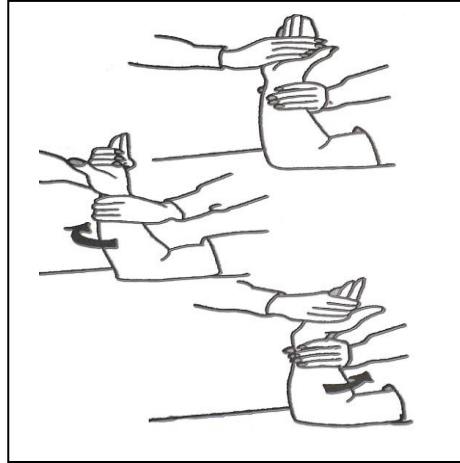


Gambar 2.2 Latihan fleksi dan ekstensi siku

3. Pronasi dan Supinasi Lengan Bawah

Cara :

1. Jelaskan Prosedur yang akan dilakukan.
2. Atur posisi lengan bawah menjauhi tubuh pasien dengan siku menekuk.
3. Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
4. Putar lengan bawah pasien sehingga telapaknya menjauhinya.
5. Kembalikan ke posisi semula.
6. Putar lengan bawah pasien sehingga telapak tangannya menghadap ke arahnya.
7. Kembalikan ke posisi semula.
8. Catat perubahan yang terjadi.

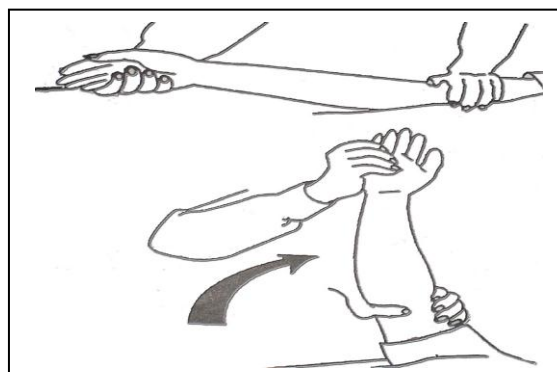


Gambar 2.3 Latihan pronasi dan supinasi lengan bawah

4. Pronasi Fleksi Bahu

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
2. Atur posisi tangan pasien disisi tubuhnya.
3. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
4. Angkat lengan pasien pada posisi semula.
5. Catat perubahan yang terjadi.

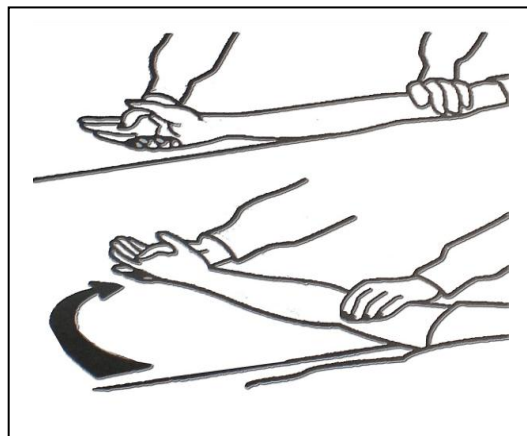


Gambar 2.4 Latihan pronasi fleksi bahu

5. Abduksi dan Adduksi Bahu

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
2. Atur posisi lengan pasien di samping badannya.
3. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
4. Gerakkan lengan pasien menjauh dari tubuhnya kearah perawat (Abduksi).
5. Gerakkan lengan pasien mendekati tubuhnya (Adduksi)
6. Kembalikan ke posisi semula.
7. Catat perubahan yang terjadi



Gambar 2.5 Latihan abduksi dan adduksi bahu

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi stroke menurut Smeltzer & Bare (2002) meliputi:

1. Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen

yang dikirimkan ke jaringan. Pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin serta hemotokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenasi jaringan.

2. Aliran darah serebral bergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat (cairan intravena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi atau hipotensi ekstrem perlu perlu dihindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera.
3. Embolisme serebral dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral.

2.2 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan menyediakan struktur untuk praktik keperawatan merupakan kerangka kerja penggunaan pengetahuan dan keterampilan yang dilakukan oleh perawat untuk mengekspresikan human caring. Proses keperawatan digunakan secara terus menerus ketika merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan. Perawat menganggap pasien sebagai fitur sentral dalam rencana asuhan dan memastikan ketepatan dari semua aspek asuhan keperawatan dengan mengobservasi respon pasien. (Judith M. Wilkinson, 2013).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dalam berpikir kritis dan pengambilan keputusan yang menghasilkan diagnosis keperawatan. Perawat menggunakan definisi dan batasan karakteristik diagnosis keperawatan untuk memvalidasi diagnosis. Pada saat diagnosis keperawatan dan faktor yang berhubungan atau factor resiko sudah di tentukan, rencana asuhan sudah di buat. Perawat menyeleksi hasil pada pasien yang relevan, meliputi persepsi pasien dan hasil yang diharapkan , yang memungkinkan perawat kemudian bekerja sama dengan pasien untuk menentukan aktifitas yang membantu dalam mencapai hasil yang di tetapkan. (Judith M. Wilkinson, 2013).

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan sebuah label singkat yang menggambarkan suatu keadaan kondisi pasien yang di observasi di lapangan. Kondisi ini dapat berupa masalah-masalah aktual atau potensial atau diagnosis sejahtera. Menggunakan terminologi NANDA Internasional, potensi masalah dinyatakan sebagai resiko. (Judith M. Wilkinson, 2013)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Masing-masing rencana asuhan meliputi pernyataan diagnosis keperawatan, definisi, batasan karakteristik, faktor yang berhubungan dengan atau faktor resiko, saran penggunaan, alternatifif diagnosis yang di sarankan, hasil NOC, tujuan klien, intervensi NIC, dan aktifitas keperawatan. Rencana asuhan diagnosis keperawatan di susun sesuai abjad supaya pernyataan diagnosis mudah di temukan. Diagnosis di susun perkata dengan tujuan

menekankan konsep kunci dari kata pertama dalam pernyataan diagnosis.
(Judith M. Wilkinson, 2013)

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik, tahap implementasi di mulai setelah rencana intervensi di susun dan di tujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang di harapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi factor-factor untuk mempengaruhi masalah kesehatan klien. (Nursalam, 2008)

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor “kealpaan” yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan dan implementasi intervensi. (Nursalam, 2008)

2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan Pada CVA Infark

2.3.1 Pengkajian

Pengumpulan data klien baik subjektif ataupun objektif meliputi anamnesis penyakit, pengkajian psikososial, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik (Arif Muttaqin, 2008).

1. Identitas

Pada identitas pasien yaitu meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, agama, tanggal MRS, tanggal pengkajian, ruang, diagnosa medis, penanggung jawab, No. RM

2. Keluhan utama

Kelemahan anggota gerak sebelah badan, kesulitan bernafas (sesak), tidak dapat berkomunikasi dan penurunan kesadaran.

3. Riwayat kesehatan

1.) Riwayat kesehatan/penyakit sekarang

Stroke infark mendadak saat istirahat atau bangun pagi

2.) Riwayat kesehatan atau penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes militus, penyakit jantung, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obesitas, adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penyalahgunaan obat.

3.) Riwayat penyakit keluarga

Adanya riwayat penyakit keluarga yang menderita penyakit hipertensi, diabetes militus, atau adanya riwayat penyakit stroke pada generasi terdahulu.

4.) Riwayat psikososial

Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga. Perubahan hubungan dan peran terjadi karena pasien kesulitan

untuk berkomunikasi akibat sulit untuk berbicara. Rasa cemas dan takut akan terjadinya kecacatan serta gangguan citra diri.

5.) Pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

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

b. Pola nutrisi dan metabolik

Nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut atau peningkatan TIK, kehangatan sensasi (rasa pengecap pada lidah, pipi dan tengkorak), disfagia, riwayat DM, peningkatan lemak dalam darah, kesulitan menelan dan obesitas

c. Pola eliminasi

Perubahan pola berkemih seperti : inkontinensia urine, anuria, distensi abdomen (distensi bladder berlebih), bising usus negatif (ilius parolitik).

d. Pola aktivitas dan latihan

Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah beristirahat (nyeri, kejang). Pada penderita stroke dapat mengalami kesulitan saat berjalan karena gangguan pada kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak, sehingga kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Latihan gerak mempercepat penyembuhan pasien stroke, karena akan mempengaruhi sensasi gerak di otak (Irdawati, 2008)

e. Pola tidur dan istirahat

Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot atau nyeri otot

f. Pola hubungan dan peran

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

g. Pola persepsi dan konsep diri

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

h. Pola sensori dan kognitif

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

i. Pola reproduksi dan seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan strok, seperti obat anti kejang, anti hipertensi dan antagonis histamin

j. Pola penanggulangan stres

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu anggota sisi tubuh.

Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum
 - a. Kesadaran: umumnya mengalami penurunan kesadaran
 - b. Suara bicara: kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara
 - c. Tanda-tanda vital: tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi
2. Pemeriksaan integumen
 - a. Kulit: jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek. Di samping itu perlu juga dikaji tanda-tanda dehidrasi terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke hemoragik harus beristirahat 2-3 minggu
 - b. Kuku : perlu dilihat adanya clubbing finger, cyanosis
 - c. Rambut : umumnya tidak ada kelainan
3. Pemeriksaan kepala dan leher
 - a. Kepala : bentuk normocephalik
 - b. Muka : umumnya tidak simetris yaitu mencong ke salah satu sisi
 - c. Leher : kaku kuduk jarang terjadi
4. Pemeriksaan dada

Pada pernafasan kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur

akibat penurunan refleks batuk dan menelan, adanya hambatan jalan nafas. Merokok merupakan faktor resiko.

5. Pemeriksaan abdomen

Didapatkan penurunan peristaltik usus akibat bed rest yang lama, dan kadang terdapat kembung.

6. Pemeriksaan inguinal, genetalia, anus

Kadang terdapat incontinensia atau retensio urine

7. Pemeriksaan ekstremitas

Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh. Menurut Yasmin 2000, dalam Nurnaningsih, 2011, adanya kerusakan atau cidera pada *motor neuron* (saraf pusat) mengakibatkan perubahan pada kekuatan otot, tonus, dan aktivitas refleks. Hal ini mengakibatkan kelemahan otot, kehilangan aktivitas refleks.

8. Pemeriksaan neurologi

a. Tingkat kesadaran: bisa sadar baik sampai terjadi koma. Penilaian GCS untuk menilai tingkat kesadaran klien

b. Refleks Patologis

Pada fase akut reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis. Sinkop/pusing, sakitkepala, gangguan status mental/tingkat kesadaran, gangguan fungsi kognitif seperti penurunan memori, pemecahan masalah, afasia, kekakuan nukhal, kejang,

Refleks babinski positif menunjukkan adanya perdarahan di otak/ perdarahan intraserebri dan untuk membedakan jenis stroke yang ada apakah bleeding atau infark

- c. Pemeriksaan saraf kranial
 - a.) Saraf I: biasanya pada klien dengan stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman
 - b.) Saraf II: disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensorik primer diantara sudut mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visula-spasial sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
 - c.) Saraf III, IV dan VI apabila akibat stroke mengakibatkan paralisis seisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral disisi yang sakit
 - d.) Saraf VII persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat
 - e.) Saraf XII lidah asimetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi. Indera pengecapan normal.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Nort American Nursing Diagnostik Association (NANDA) diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau kelompok komunitas terhadap masalah kesehatan baik actual maupun potensial.

Yang di maksud masalah actual adalah yang di temukan pada saat pengkajian sedangkan masalah potensial adalah masalah yang mungkin timbul kemudian (NANDA noc nic, 2014).

1. Hambatan mobilitas fisik b/d kelumpuhan atau kelemahan pada ekstremitas
2. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak b/d penurunan aliran darah ke otak
3. Hambatan komunikasi verbal b/d afasia, ketidakmampuan untuk bicara
4. Resiko kerusakan integritas kulit b/d tirah baring lama

2.3.3 Intervensi

Diagnosa 1

Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan atau kelumpuhan pada ekstremitas

NOC

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama jam diharapkan pasien mampu untuk melakukan aktifitas minimal/maksimal

Kriteria Hasil

1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik
2. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah
3. Memperagakan penggunaan alat bantu dalam mobilisasi

4. Pasien dapat miring kanan dan kiri
5. Aktivitas tidak di bantu oleh keluarga

NIC

1. Kaji tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur, berdiri, ambulasi dan melakukan aktivitas sehari hari.
2. Observasi tanda tanda vital
3. Ubah posisi pasien setiap 2 jam
4. Ajarkan klien untuk melakukan latihan gerak aktif pada ekstremitas yang tidak sakit
5. Lakukan gerak pasif pada ekstremitas yang sakit
6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat-obatan pada gangguan system persyarafan
7. Kolaborasi dengan ahli fisioterapy untuk latihan fisik klien

Diagnosa 2

Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak b/d penurunan aliran darah ke otak

NOC

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan pasien tidak mengalami perfusi jaringan otak.

Kriteria Hasil :

1. Tekanan systole dan diastole dalam batas normal
2. Tidak ada orthostatik hipertensi
3. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK
4. Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan

NIC

1. Pantau tanda dan gejala peningkatan TIK, tekanan darah, nadi, GCS, keluhan sakit kepala hebat, muntah.
2. Perhatikan kejadian yang merangsang terjadinya perubahan bentuk gelombang TIK.
3. Tinggikan kepala tempat tidur 30° kecuali ada kontak indikasi, hindari mengubah posisi dengan cepat.
4. Konsul Dokter untuk mendapatkan pelunak feses jika diperlukan
5. Pertahankan lingkungan tenang, sunyi dan pencahayaan redup
6. Kolaborasi dengan Dokter dalam pemberian obat anti hipertensi, anti koagulan, analgesik

Diagnosa 3

Hambatan komunikasi verbal b/d afasia, ketidakmampuan untuk bicara

NOC**Tujuan**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama jam pasien mampu berkomunikasi dengan minimal maksimal

Kriteria hasil

1. Menggunakan bahasa tertulis, lisan dan non verbal
2. Menggunakan bahasa isyarat
3. Menggunakan gambar dan foto
4. Pengenalan terhadap pesan yang di terima
5. Bertukar pesan secara akurat dengan orang lain

NIC

1. Kaji dan dokumentasikan bahasa utama, kemampuan untuk berbicara, mendengar, menulis, membaca dan memahami
2. Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan untuk mengulangi permintaan
3. Libatkan pasien dan keluarga dalam mengembangkan rencana komunikasi
4. Jelaskan kepada keluarga mengapa pasien tidak bisa bicara
5. Konsultasikan dengan dokter tentang kebutuhan terapi wicara

Diagnosa 4

Resiko kerusakan integritas kulit b/d hambatan mobilitas dan status nutrisi yang buruk

NOC**Tujuan**

Setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan pasien tidak terjadi kerusakan integritas kulit

Kriteria hasil

1. Menunjukkan integritas jaringan yang utuh
2. Tekstur dan ketebalan jaringan
3. Tidak ada lesi
4. Tidak ada tanda dan gejala infeksi
5. Tidak terjadi nekrosis

NIC

1. Ajarkan keluarga pasien untuk miring kanan dan miring kiri
2. Bantu pasien miring kanan dan miring kiri
3. Observasi kondisi jaringan kulit pasien
4. Lakukan HE kepada keluarga pasien tentang pentingnya miring kanan dan kiri
5. Kolaborasikan dengan dokter jika terjadi kerusakan jaringan

2.3.4 Implementasi**Diagnosa 1**

1. Mengkaji tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur, berdiri, ambulasi dan melakukan aktivitas sehari hari.

2. Mengkaji respon emosi, sosial, spiritual terhadap aktivitas
3. Mengobservasi tanda tanda vital
4. Mengubah posisi pasien setiap 2 jam
5. Mengajarkan klien untuk melakukan latihan gerak aktif pada ekstremitas yang tidak sakit
6. Melakukan gerak pasif pada ekstremitas yang sakit
7. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat-obatan pada gangguan system persyarafan
8. Kolaborasi dengan ahli fisioterapy untuk latihan fisik klien

Diagnosa 2

1. Memantau tanda dan gejala peningkatan TIK, tekanan darah, nadi, GCS, keluhan sakit kepala hebat, muntah.
2. Memperhatikan kejadian yang merangsang terjadinya perubahan bentuk gelombang TIK.
3. Meninggikan kepala tempat tidur 30° kecuali ada kontak indikasi, hindari mengubah posisi dengan cepat.
4. Mengkonsulkan Dokter untuk mendapatkan pelunak feses jika diperlukan.
5. Mempertahankan lingkungan tenang, sunyi dan pencahayaan redup
6. Mengkolaborasi dengan Dokter dalam pemberian obat anti hipertensi, anti koagulan, analgesik

Diagnosa 3

1. Mengkaji dan dokumentasikan bahasa utama, kemampuan untuk berbicara, mendengar, menulis, membaca dan memahami

2. Mendorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan untuk mengulangi permintaan
3. Melibatkan pasien dan keluarga dalam mengembangkan rencana komunikasi
4. Menjelaskan kepada keluarga mengapa pasien tidak bisa bicara
5. Mengkonsultasikan dengan dokter tentang kebutuhan terapi wicara

Diagnosa 4

1. Mengajarkan keluarga pasien untuk miring kanan dan miring kiri
2. Membantu pasien miring kanan dan miring kiri
3. Mengobservasi kondisi jaringan kulit pasien
4. Melakukan HE kepada keluarga pasien tentang pentingnya miring kanan dan kiri
5. Mengkolaborasikan dengan dokter jika terjadi kerusakan jaringan

2.3.4 Evaluasi

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien digunakan komponen SOAP

S : Data Subjektif

Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan

O : Data Objektif

Hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan

A : Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah atau diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan data objektif

P : Planning

Perencanaan keperawatan yang akan di lanjutkan, di hentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah di tentukan sebelumnya. (Nikmatur, 2012)