

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Medis**

##### **2.1.1 Pengertian**

CVA merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (*deficit neurologic*) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana CVA akut didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan (CVA infark) atau perdarahan (CVA hemoragik). Pada CVA infark aliran darah ke otak terhenti karena aterosklerotik atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah, melalui proses aterosklerosis. Sedangkan CVA pendarahan (hemoragik), pembuluh darah pecah sehingga aliran darah menjadi tidak normal dan darah yang keluar merembes masuk ke dalam suatu daerah di otak dan merusaknya (Boehme et al., 2017).

CVA merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja. CVA merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, daya ingat dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2018).

Menurut definisi yang diusulkan oleh WHO pada tahun 1970, CVA adalah tanda-tanda klinis yang berkembang pesat dari gangguan fungsi otak fokal (atau global) dengan gejala yang berlangsung 24 jam atau lebih atau menyebabkan kematian, tanpa penyebab yang jelas selain berasal dari vaskular. Baru-baru ini, definisi baru CVA yang menggabungkan kriteria klinis dan jaringan telah diusulkan oleh *American CVA Association* selama

satu abad. Definisi ini jauh lebih luas dan mencakup bukti yang obyektif dari otak permanen, sumsum tulang belakang, atau kematian sel retina dikaitkan dengan etiologi vaskuler berdasarkan patologis atau bukti dengan atau tanpa adanya gejala klinis (Donkor, 2018).

Istilah CVA memang banyak digunakan, namun bukan merupakan istilah yang tepat untuk definisi awal dari defisit neurologis secara tiba-tiba. Secara klinis, kondisi ini sering disebut *cerebrovascular accident*. CVA atau *cerebrovascular accident* adalah gangguan pasokan darah otak yang dapat terjadi karena beberapa kondisi patologis termasuk aterosklerosis, trombosis, emboli, hipoperfusi, vaskulitis dan stasis vena yang dapat mempengaruhi pembuluh otak dan menyebabkan CVA (Yueniwati, 2016).

Serangan CVA terjadi karena diakibatkan oleh terhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri pada otak diakibatkan oleh hemoragi atau iskemia terhadap sirkulasi saraf pada otak. Serangan ini muncul tanpa tanda-tanda maupun peringatan dan bisa sembuh sempurna seperti kondisi sebelum terkena serangan atau bisa sembuh dengan kondisi mengalami kecacatan (Qariamah dkk, 2022).

Berdasarkan beberapa uraian para ahli tentang CVA, dapat disimpulkan bahwa CVA adalah suatu penyakit yang menyerang otak akibat dari kurangnya aliran darah ke otak sehingga terjadi penyumbatan dan bahkan pecahnya pembuluh darah pada otak. Serangan CVA terjadi secara mendadak, serangan CVA ini bisa menyebabkan pasien mengalami kecacatan seperti kelumpuhan pada sebagian tubuh secara tiba-tiba.

### 2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi CVA dibedakan menurut patologi dari serangan CVA meliputi (Yueniwati, 2016) :

#### a. CVA Hemoragik

Merupakan perdarahan serebri dan mungkin perdarahan subaraknoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun. CVA hemoragik adalah disfungsi neurologis fokal yang akut dan disebabkan oleh perdarahan primer substansi otak yang terjadi secara spontan bukan oleh karena trauma kapitis, disebabkan oleh karena pecahnya pembuluh arteri, vena, dan kapiler. Perdarahan otak dibagi dua yaitu:

##### 1. Perdarahan intraserebral (PIS)

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK yang terjadi cepat, dapat mengaibatkan kematian mendadak karena herniasi otak.

##### 2. Perdarahan Subarachnoid (PSA)

Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi Willis dan cabang – cabangnya yang terdapat di luar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang subarachnoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri,

dan vasospasme pembuluh darah serebri yang berakibat disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensory, afasia, dan lainnya).

Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subarakhnoid mengakibatkan terjadinya peningkatan TIK yang mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering pula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan perdarahan subarachnoid pada retina dan penurunan kesadaran. Perdarahan subarakhnoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebri. Vasospasme ini sering kali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya hari ke-5 sampai dengan ke-9, dan dapat menghilang setelah minggu ke-2 sampai dengan ke-5. Timbulnya vasospasme diduga karena interaksi antara bahan-bahan yang berasal dari darah dan dilepaskan ke dalam cairan serebrospinal dengan pembuluh arteri di ruang subarachnoid. Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global.

Otak dapat berfungsi jika kebutuhan O<sub>2</sub> dan glukosa otak dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan di dalam sel saraf hampir seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak mempunyai cadangan O<sub>2</sub> sehingga jika ada kerusakan atau kekurangan aliran darah otak walau sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi. Demikian pula dengan kebutuhan glukosa sebagai bahan bakar metabolisme otak, tidak boleh kurang dari 20 mg % karena akan menimbulkan koma. Kebutuhan glukosa

sebanyak 25 % dari seluruh kebutuhan glukosa tubuh. Sehingga bila kadar glukosa plasma turun sampai 70 % akan terjadi gejala disfungsi serebri. Pada saat otak hipoksia, tubuh berusaha memenuhi O<sub>2</sub> melalui proses metabolik anaerob, yang dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah otak.

b. CVA Infark

Dapat berupa infark atau emboli dan trombosis serebri, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur, atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul eksudat sekunder. Kesadaran umumnya baik.

### 2.1.3 Etiologi

Ada banyak etiologi yang dapat menyebabkan CVA. Beberapa faktor risiko yang paling umum termasuk hipertensi, diabetes mellitus, hiperkolesterolemia, aktivitas fisik, obesitas, genetika, dan merokok. Emboli serebral umumnya berasal dari jantung, terutama pada pasien dengan aritmia jantung yang sudah ada sebelumnya (atrial fibrilasi), penyakit katup, cacat struktural (cacat septum atrium dan ventrikel) dan penyakit jantung rematik kronis. Emboli dapat bersarang di area stenosis yang sudah ada sebelumnya. Asupan alkohol memiliki hubungan dengan CVA infark. Minum ringan hingga sedang membawa risiko CVA infark yang sedikit lebih rendah, namun minum yang lebih berat meningkatkan risiko secara drastis. Asupan alkohol meningkatkan risiko CVA hemoragik dalam hubungan yang hampir linier (Yueniwati, 2016).

CVA yang terjadi pada pembuluh darah kecil (infark lakunar) paling sering disebabkan kronis yang tidak terkontrol yang mengakibatkan entitas patologis lipohyalinosis dan aterosklerosis. CVA ini terjadi di ganglia basalis, kapsula interna, talamus, dan pons. Hipertensi yang tidak terkontrol di area ini juga dapat menyebabkan hipertensi intraserebral hemoragik (ICH). Sekitar 15% dari semua CVA diklasifikasikan sebagai hemoragik, dengan etiologi yang paling sering hipertensi tidak terkontrol. Penyebab lain dari CVA hemoragik termasuk angiopati amiloid serebral, penyakit di mana plak amiloid menumpuk di pembuluh darah kecil dan menengah, yang menyebabkan pembuluh menjadi kaku dan lebih rentan terhadap robekan. Deposisi dapat terjadi di mana saja, tetapi paling sering terjadi pada permukaan lobus frontal dan parietal. Integritas struktural pembuluh darah merupakan pertimbangan penting lainnya dalam etiologi CVA hemoragik, dengan aneurisma, malformasi arteriovenosa, malformasi kavernosa, telangiectasis kapiler, angioma vena, dan vaskulitis menjadi alasan yang lebih umum untuk CVA (Widoyono, 2016).

#### **2.1.4 Manifestasi Klinis**

Menurut Novitaria (2022) manifestasi klinis CVA tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada CVA infark, gejala klinis meliputi:

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak

Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga

akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

c. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma)

Terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

d. Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada CVA dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Afasia motori

Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara.

2. Afasia sensorik

Terjadi karena kerusakan pada area Wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensorik

pasien tidak dapat menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren.

### 3. Afasia global

Pada afasia global pasien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

#### e. Disatria (bicara cedel atau pelo)

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

#### f. Gangguan penglihatan, diplopia.

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV dan VI.

#### g. Disfagia

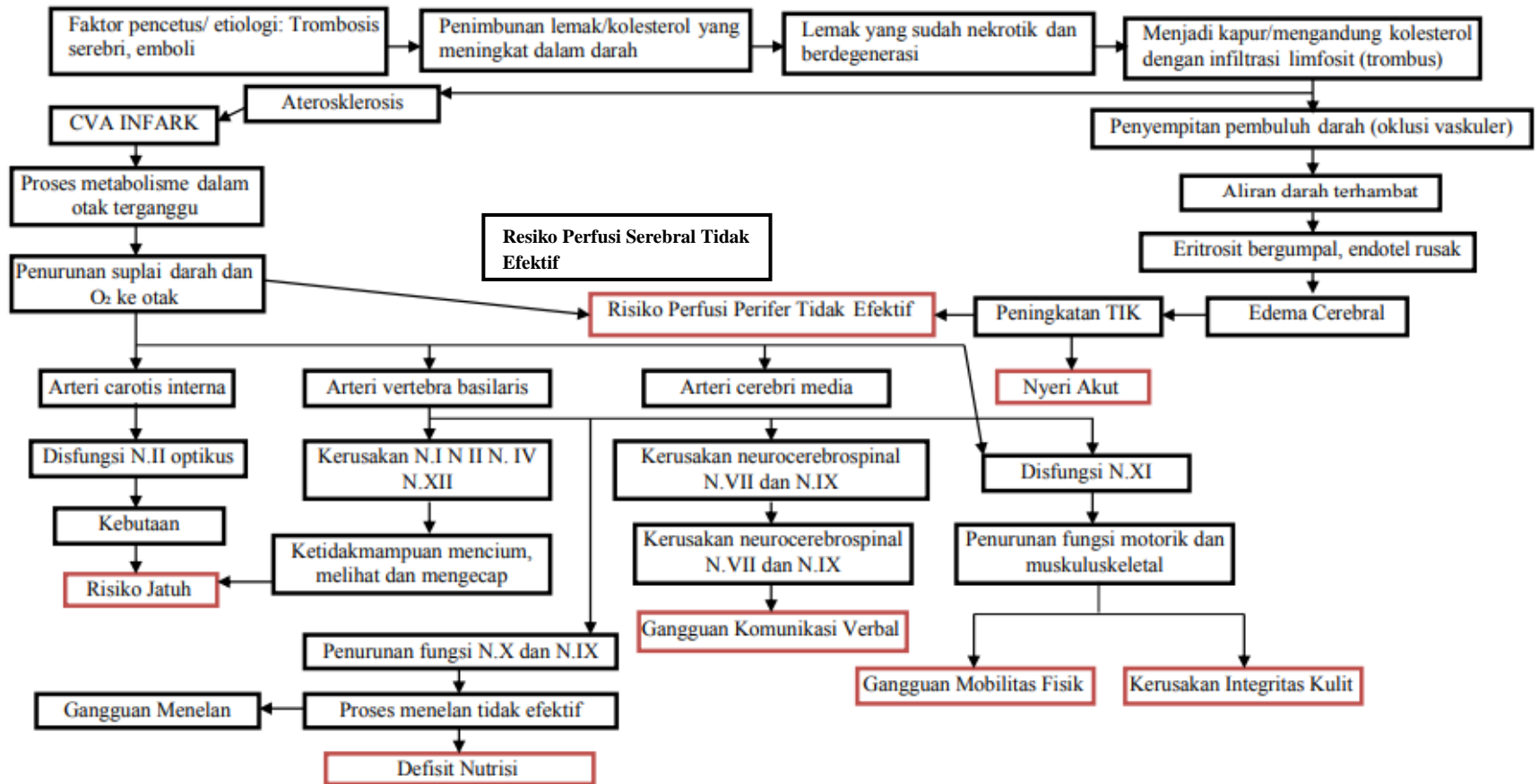
Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus kranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glotis menutup kemudian makanan masuk ke esophagus.



#### h. Inkontinensia

Inkontinensia baik *bowel* maupun *bladder* sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensyarafi *bladder* dan *bowel*.

### 2.1.5 Pathway



Bagan 2. 1 Pathway CVA Infark

### 2.1.6 Penatalaksanaan

Penanganan CVA ditentukan oleh penyebab CVA dan dapat berupa terapi farmasi, radiologi intervensional, atau pun pembedahan. Untuk CVA infark, terapi bertujuan untuk meningkatkan perfusi darah keotak, membantu lisis bekuan darah dan mencegah trombosis lanjutan, melindungi jaringan otak yang masih aktif, dan mencegah cedera sekunder lain. Pada CVA hemoragik, tujuan terapi adalah mencegah kerusakan sekunder dengan mengendalikan tekanan intrakranial dan vasospasme, serta mencegah perdarahan lebih lanjut (Novitaria, 2022).

#### a. Farmakologis

1. Vasodilator meningkatkan aliran darah serebri (ADS) secara percobaan, tetapi maknanya pada tubuh manusia belum dapat dibuktikan.
2. Dapat diberikan histamin, aminophilin, asetazolamid, papaverin intraarterial.
3. Medikasi antitrombosit dapat diresepkan karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan trombus dan embolisasi. Antiagresi trombosis seperti aspirin digunakan untuk menghambat reaksi pelepasan agregasi trombosis yang terjadi sesudah ulserasi arteroma.
4. Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskuler (Muttaqin, 2018).

## b. Non Farmakologis

Berikut ini beberapa jenis terapi yang dapat dijalankan terkait proses pemulihan kondisi pasca CVA :

### 1. Terapi Wicara

Terapi wicara membantu penderita untuk mengunyah, berbicara, maupun mengerti kembali kata-kata.

### 2. Fisioterapi

Kegunaan metode fisioterapi yang digunakan untuk menangani kondisi CVA stadium akut bertujuan untuk :

- a) Mencegah komplikasi pada fungsi paru akibat tirah baring yang lama
- b) Menghambat spastisitas, pola sinergis ketika ada peningkatan tonus
- c) Mengurangi edema pada anggota gerak atas dan bawah sisi sakit
- d) Merangsang timbulnya tonus ke arah normal, pola gerak dan koordinasi gerak
- e) Meningkatkan kemampuan aktivitas fungsional (Irfan, 2016).

### 3. Akupuntur

Akupuntur merupakan metode penyembuhan dengan cara memasukkan jarum di titik-titik tertentu pada tubuh penderita CVA. Akupuntur dapat mempersingkat waktu penyembuhan dan pemulihan gerak motorik serta keterampilan sehari-hari.

#### 4. Latihan Rentang Gerak

Fleksibilitas sendi atau rentang gerak tubuh pada klien pasca CVA sering berkurang setelah terkena serangan CVA sehingga menyebabkan rasa sakit dan kehilangan fungsi menurut Merck Manuals Online Medical Library. Ada tiga macam latihan rentang gerak (range of motion atau ROM) yang meliputi latihan aktif yang membuat pasien harus menggerakkan anggota tubuhnya sendiri. Latihan aktif asistif melibatkan latihan menggerakkan anggota tubuh pasien dengan bantuan dari terapis.

#### 5. Terapi Ozon

Terapi ozon bermanfaat untuk melancarkan peredaran darah ke otak, membuka dan mencegah penyempitan pembuluh darah otak, mencegah kerusakan sel-sel otak akibat kekurangan oksigen, rehabilitasi pasien pasca serangan CVA agar fungsi organ tubuh yang terganggu dapat pulih kembali, meningkatkan sistem kekebalan tubuh, serta mengendalikan kadar kolesterol dan tekanan darah

#### 6. Terapi Sonolisis (Sonolysis Therapy)

Terapi ini bertujuan untuk memecahkan sumbatan pada pembuluh darah agar menjadi partikel-partikel kecil yang sangat halus sehingga tidak menjadi resiko untuk timbulnya sumbatan-sumbatan baru di tempat lain. Terapi sonolisis ini dilakukan dengan teknik ultrasound dan tanpa menggunakan obat-obatan.

## 7. Hidroterapi

Kolam hidroterapi digunakan untuk merehabilitasi gangguan saraf motorik pasien pasca CVA. Kolam hidroterapi berisi air hangat yang membuat tubuh bisa bergerak lancar, memperlancar peredaran darah dengan melebarnya pembuluh darah, dan memberikan ketenangan. Kolam hidroterapi memungkinkan pasien untuk berlatih menggerakkan anggota tubuh tanpa resiko cedera akibat terjatuh.

## 8. Latihan menggenggam Bola

Sering ditemui dalam kehidupan sehari-hari, bahwa seorang penderita CVA yang diminta latihan meremas-remas bola, baik itu bola karet berduri, bola Golf, bola Pingpong sampai bola Tenis. Bahkan mereka begitu telaten dengan membawa bola tersebut kemanapun mereka pergi. Namun banyak juga penderita CVA yang justru mengalami kekakuan pada jari2 tangan yang dilatih dengan meremas-remas bola. Salah satu terapi gerak aktif yang dapat dilakukan dengan cara latihan menggenggam bola. Untuk membantu pemulihan bagian lengan atau bagian ekstremitas atas diperlukan teknik untuk merangsang tangan seperti dengan latihan spherical grip yang merupakan latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk bulat seperti bola pada telapak tangan.

## 9. Senam Ergonomik

Senam ini berfungsi untuk melatih otot-otot yang kaku dengan gerakan-gerakan yang ringan dan tidak menimbulkan rasa sakit bagi penderitanya. Senam ergonomik diawali dengan menarik napas menggunakan pernapasan dada. Hal ini bertujuan supaya paru-paru dapat lebih banyak menghimpun udara. Ketika napas, oksigen dialirkan ke otak yang memerlukan oksigen dalam jumlah yang banyak supaya dapat berfungsi dengan baik. Dengan demikian, senam ergonomik dapat dikatakan membantu penderita CVA karena kondisi CVA merupakan terganggunya suplai oksigen ke otak.

## 10. Yoga (Terapi Meditasi)

Yoga menurunkan resiko terkena CVA dengan peningkatan suplai darah ke otak bila yoga dilakukan secara teratur. Aktivitas yang dilakukan dalam yoga khusus penderita CVA yaitu latihan peregangan seluruh bagian tubuh, pijat organ-organ internal, kelenjar, sistem peredaran darah dan sistem pembuangan, demikian pernyataan Rahmad Darmawan, seorang master of energy yang juga praktisi yoga

## 11. Terapi Bekam

Dalam konsep bekam, darah kotor yaitu darah yang tidak berfungsi lagi, sehingga tidak diperlukan tubuh dan harus dibuang. Bekam juga dapat menurunkan tekanan darah berkurang setelah dibekam. Dengan terhindar dari penggumpalan darah dan tekanan darah tinggi dapat mencegah dan mengobati CVA

## 12. Terapi Nutrisi

Beberapa zat gizi yang membantu dalam proses terapi nutrisi terkait CVA, diantaranya yaitu :

### a) Vitamin A

Vitamin A berperan sebagai antioksidan yang dapat mencegah terbentuknya tumpukan (plak) kolesterol dalam pembuluh darah, misalnya wortel. Penelitian Harvard menunjukkan adanya penurunan risiko terkena CVA hingga 68% pada orang yang mengkonsumsi lima porsi wortel dalam seminggu.

### b) Asam folat

Asam folat dapat menurunkan risiko penyempitan pembuluh darah otak. Asam folat terkandung 30 dalam jenis sayuran, seperti bayam, salada, dan pada buah papaya.

### c) Isoflavon

Penelitian di Hong Kong, yang dipublikasikan dalam *European Heart Journal*, melaporkan bahwa isoflavon meningkatkan fungsi pembuluh darah nadi (arteri) pada pasien CVA.

### d) Vitamin C

Vitamin C dan bioflavonoid yang banyak terdapat pada nanas dapat membantu mengencerkan darah, sehingga mengurangi hipertensi. Dengan jauh dari resiko hipertensi, maka risiko CVA menurun.



c. Pembedahan

Tujuan utama adalah memperbaiki aliran darah serebral dengan :

1. Endarterektomi karotis membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher.
2. Revaskularisasi terutama merupakan tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh klien TIA.
3. Evaluasi bekuan darah dilakukan pada CVA akut.
4. Ligasi arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma (Muttaqin, 2018).

## **2.2 Konsep Dasar Masalah Keperawatan**

### **2.2.1 Pengertian**

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Menurut Syabariyah et al., (2020) gangguan mobilitas fisik atau imobilitas adalah keadaan dimana seseorang memiliki keterbatasan gerak secara mandiri dan terarah yang terjadi pada ekstremitas bawah. Gangguan mobilitas fisik juga diartikan sebagai suatu kondisi di mana seseorang tidak hanya kurang mampu beraktivitas, tetapi juga tidak mampu bergerak secara total atau sebagian (Ernawati, 2012). Perubahan mobilitas fisik dapat mengakibatkan pembatasan gerakan seperti istirahat di tempat tidur, pembatasan gerakan fisik saat menggunakan alat bantu eksternal, membatasi gerakan secara sukarela, atau hilangnya fungsi motorik atau pergerakan. Hal ini menyebabkan seseorang tidak dapat bergerak dengan bebas karena situasi yang mengganggu pergerakan. Imobilitas yang berhubungan dengan CVA iskemia menyebabkan penderitaan fisiologis dan psikologis pada pasien.

Bahaya fisiologis mengganggu fungsi metabolisme normal, memperlambat laju metabolisme, mengganggu metabolisme karbohidrat, lipid, dan protein, mengakibatkan ketidakseimbangan elektrolit cairan dan kalsium serta gangguan pencernaan seperti rasa lapar dan berkurangnya gerakan peristaltik dengan antisipasi dan bahkan impaksi (Sandra et al., 2021). Kemudian, menurut Setiyawan et al., (2019) gangguan mobilitas fisik atau dikenal sebagai imobilitas, mengacu pada kondisi yang mengganggu pergerakan, seperti cedera tulang belakang, cedera otak parah dengan patah tulang di ekstremitas, CVA, dan sebagainya.

### 2.2.2 Data Mayor dan Data Minor

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) data mayor dan minor pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik antara lain:

Tabel 2. 1 Data Mayor dan Data Minor Gangguan Mobilitas Fisik

<b>Gejala dan Tanda Mayor</b>	
<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun
<b>Gejala dan Tanda Minor</b>	
<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1. Nyeri saat bergerak	1. Sendi kaku
2. Enggan melakukan pergerakan	2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas
3. Merasa cemas saat bergerak	4. Fisik lemah

### 2.2.3 Faktor Penyebab

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) faktor penyebab diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik meliputi :

- a. Kerusakan integritas struktur tulang
- b. Perubahan metabolisme
- c. Ketidakbugaran fisik
- d. Penurunan kendali otot
- e. Penurunan kekuatan otot
- f. Keterlambatan perkembangan
- g. Kekuatan sendi
- h. Kontraktur
- i. Malnutrisi
- j. Gangguan muskuloskeletal
- k. Gangguan neuromuskular
- l. Indeks massa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- m. Efek agen farmakologis
- n. Program pembatasan gerak
- o. Nyeri
- p. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- q. Kecemasan
- r. Gangguan kognitif
- s. Keengganan melakukan pergerakan
- t. Gangguan sensoripersepsi

Penyebab gangguan mobilitas fisik pada pasien CVA yaitu gangguan neuromuskular (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Gangguan neuromuskular merupakan suatu kondisi progresif yang dikarakteristikan dengan degenerasi saraf motorik di bagian korteks, inti batang otak dan sel kornu anterior pada medulla spinalis sehingga hubungan antara sistem saraf dan otot akan terganggu (Hidayah, 2022). Hal ini menyebabkan terjadinya kram, kesemutan, nyeri dan masalah pergerakan sendi.

#### 2.2.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik pada pasien CVA non hemoragik dapat dilakukan dengan cara mobilisasi atau rehabilitasi sedini mungkin ketika keadaan pasien membaik dan kondisinya sudah mulai stabil. Mobilisasi atau rehabilitasi dini di tempat tidur dilakukan khususnya selama beberapa hari sampai minggu setelah terkena CVA (Nugraha, 2020). Salah satu program rehabilitasi yang dapat diberikan pada pasien CVA dengan gangguan mobilitas fisik yaitu latihan range of motion (ROM).

Menurut Potter dan Perry (2017) latihan range of motion (ROM) merupakan latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki kemampuan menggerakkan persendian secara normal untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot. ROM juga merupakan suatu latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot. Klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif maupun pasif (Istichomah, 2020). Indikasi ROM Aktif:

- a. Pada saat pasien dapat melakukan kontraksi otot secara aktif dan menggerakkan ruas sendinya baik dengan bantuan atau tidak.
- b. Pada saat pasien memiliki kelemahan otot dan tidak dapat menggerakkan persendian sepenuhnya, digunakan A-AROM (Active-Assistive ROM), adalah jenis ROM Aktif yang mana bantuan diberikan melalui gaya dari luar apakah secara manual atau mekanik, karena otot penggerak primer memerlukan bantuan untuk menyelesaikan gerakan).
- c. ROM Aktif dapat digunakan untuk program latihan aerobik.
- d. ROM Aktif digunakan untuk memelihara mobilisasi ruas di atas dan dibawah daerah yang tidak dapat bergerak.

Kontraindikasi dan hal-hal yang harus diwaspadai pada latihan ROM yaitu :

- a. Latihan ROM tidak boleh diberikan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan cedera.
  1. Gerakan yang terkontrol dengan seksama dalam batas-batas gerakan yang bebas nyeri selama fase awal penyembuhan akan memperlihatkan manfaat terhadap penyembuhan dan pemulihan
  2. Terdapatnya tanda-tanda terlalu banyak atau terdapat gerakan yang salah, termasuk meningkatnya rasa nyeri dan peradangan
- b. ROM tidak boleh dilakukan bila respon pasien atau kondisinya membahayakan (life threatening)
  1. ROM dilakukan secara hati-hati pada sendi-sendi besar, sedangkan ROM pada sendi ankle dan kaki untuk meminimalisasi venous stasis dan pembentukan thrombus
  2. Pada keadaan setelah infark miokard, operasi arteri koronaria, dan lain-lain, ROM pada ekstremitas atas masih dapat diberikan dalam pengawasan yang ketat (Indrawati, 2018).

Rehabilitasi merupakan program terapi dasar dari pemulihan pasien CVA yang mengalami gangguan fungsi gerak. Rehabilitasi yang dapat meningkatkan kemampuan pada penderita CVA yang mengalami kelemahan dapat diberikan berupa latihan fisik. Latihan ini dapat diberikan selama 4 minggu dengan latihan 2 kali dalam seminggu dengan durasi 1 jam pada setiap latihannya (Wiwit, 2015). Rehabilitasi pasca CVA salah satunya yaitu melalui latihan ROM baik pasif ataupun aktif. Latihan ROM ini ialah latihan yang dilakukan guna memaksimalkan dan mengoptimalkan fungsi dari persendian dari kemampuan seseorang yang tidak menimbulkan rasa nyeri (Hentu et al., 2018).

*Range Of Motion* (ROM) sendiri dapat di kombinasikan dengan tambahan sarana bola karet sebagai intervensinya. Penggunaan bola pada latihan ini adalah yang memiliki ciri fisik bergerigi dengan sifat lembut/elastis. Penggunaan bola dengan ciri fisik tersebut diharapkan dapat menstimulus titik akupunktur terutama pada bagian tangan yang secara tidak langsung akan memberikan sinyal ke bagian saraf sensorik pada permukaan tangan yang akan disampaikan ke otak (Lumbantobing, 2010).

Latihan menggenggam bola ini juga dapat merangsang seratserat otot untuk berkontraksi, hanya dengan sedikit kontraksi kuat setiap latihan dengan karakteristik bola karet yang memiliki tekstur bergerigi dan lentur akan melatih reseptor sensorik dan motorik (Irfan, 2016). Pemulihan fungsi ekstremitas atas biasanya terjadi dalam rentang waktu 4 minggu, latihan yang dapat dilakukan dalam meningkatkan fungsi ekstremitas atas yaitu menggenggam, mencengkram, bergerak, dan melepaskan beban (Ghaziani & Henkel, 2017).

## 2.3 Asuhan Keperawatan

### 2.3.1 Fokus Pengkajian

#### A. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk RS, nomor register dan diagnosa medis.

#### B. Keluhan utama

CVA non hemoragik biasanya mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual muntah, kelemahan reflek, afasia (gangguan komunikasi), difasia (memahami kata), kesemutan, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar dan biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, dan mengalami gangguan mobilitas fisik serta penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

#### C. Riwayat penyakit sekarang

Serangan CVA seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi bicara pelo, sulit berkomunikasi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadarkan diri, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

#### D. Riwayat penyakit dahulu

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



E. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus atau CVA sebelumnya

F. Riwayat psikososial-spiritual

Biasanya pasien mengalami perubahan hubungan dan peran terjadi karena pasien sulit melakukan aktivitas dan komunikasi. Rasa cemas pada pasien mengakibatkan kegelisahan, kegelisahan tersebut mengakibatkan gangguan dalam melakukan pelaksanaan tindakan dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari.

G. Pola fungsi kesehatan

1. Pola nutrisi

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

2. Pola eliminasi

Biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Sedangkan pada eliminasi urine terjadi retensi urin.

3. Pola istirahat tidur

Biasanya pasien sering terbangun karena mimpi buruk, sulit tidur, tidak merasa segar setelah bangun

#### 4. Pola aktivitas

Dalam beraktivitas pasien mengalami kesulitan melakukan gerakan karena pada pasien hemiplegia akan mengalami kelumpuhan pada salah satu anggota gerak, sedangkan pada pasien hemiparesis rentang dalam bergerak karena salah satu tangan, kaki atau wajah mengalami kelumpuhan sehingga terjadi gangguan mobilitas fisik.

#### 5. Pemeriksaan fisik

##### a) Kesadaran

Pada pasien CVA biasanya mengalami tingkat kesadaran somnolen dengan GCS 10-12 pada awal terserang CVA.

##### b) Rambut

Biasanya kepala kotor, berketombe, penyebaran rambut tidak merata

##### c) Wajah

Biasanya wajah nyeri pada satu sisi, wajah terlihat miring, dan pucat.

##### d) Mata

Biasanya pada pasien CVA konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil tidak isokor dan tidak ada edema pada pelopak mata

## e) Hidung

Terkadang pasien CVA tidak bias menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang bias menyebutkan bau, dan biasanya ketajaman penciuman hidung kiri dan kanan berbeda.

## f) Mulut dan gigi

Pada pasien CVA biasanya mengalami masalah pada bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering, peradangan pada gusi. Pasien CVA biasanya dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

## g) Telinga

Biasanya tampak kotor

## h) Leher

Biasanya pasien CVA mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya positif.

## i) Abdomen

Biasanya simetris, tidak asites dan bising usus tidak terdengar

## j) Ekstranmitas

Biasanya mengalami kelemahan atau kelumpuhan (Rosjidi. 2017).

### 2.3.2 Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri akut b.d mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis
2. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan dan merokok aktif d.d tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, dispnea, sulit bicara, gelisah, frekuensi napas berubah
3. Gangguan Mobilitas Fisik b.d gangguan neuromuscular (CVA Infark) d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas, fisik lemah
4. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler d.d tidak mampu bicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, afasia, disfasia, apraksia, disleksia, disartria, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, sulit menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata, disorientasi orang, ruang, waktu, defisit penglihatan, defuse
5. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan d.d berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal, mudah kenyang setelah makan, nyeri abdomen, nafsu makan menurun, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebih, diare

6. Gangguan menelan b.d gangguan sererovaskuler d.d mengeluh sulit menelan, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal di organ mulut, bolus masuk terlalu cepat, refluks nasal, tidak mampu membersihkan rongga mulut, makanan jatuh dari mulut, makanan terdorong keluar dari mulut, sulit mengunyah, muntah sebelum menelan, bolus terbentuk lama, waktu makan lama, porsi makan tidak habis, fase oral abnormal, mengiler, menolak makan, muntah, posisi kepala elevasi, menelan berulang-ulang, nyeri epigastrik
7. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d CVA infark emboli
8. Resiko jatuh d.d kekuatan otot menurun

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan Pada Pasien CVA Infark

Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan
<p>Nyeri akut b.d mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, nafsu makan berubah proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis</p>	<p><b>Tujuan atau Luaran Utama : Tingkat Nyeri (L. 08066)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Tingkat Nyeri Menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</li> <li>2. Keluhan nyeri menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Diaforesis menurun</li> <li>5. Sulit tidur menurun</li> <li>6. Tekanan darah membaik</li> <li>7. Frekuensi nadi membaik</li> </ol>	<p><b>Intervensi Keperawatan Utama : Manajemen Nyeri (1.08238)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>5. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>2. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk</li> </ol>

		<p>mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik</p>
<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan dan merokok aktif d.d tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, dispnea, sulit bicara, gelisah, frekuensi napas berubah</p>	<p><b>Tujuan dan Luaran Utama Keperawatan : Bersihan Jalan Napas (L.01001)</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Bersihan Jalan Napas Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Produksi sputum menurun</li> <li>2. Mengi menurun</li> <li>3. Dispnea menurun</li> <li>4. Sulit bicara menurun</li> <li>5. Gelisah menurun</li> <li>6. Frekuensi napas membaik</li> </ol>	<p><b>Intervensi Keperawatan Utama : Manajemen Jalan Napas (1.01011)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)</li> <li>3. Monitor sputum (jumlah, wama, aroma)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)</li> <li>2. Posisikan semi-Fowler atau Fowler</li> <li>3. Berikan minum hangat</li> <li>4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</li> <li>5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</li> <li>7. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill</li> <li>8. Berikan oksigen, jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi</li> <li>2. Ajarkan teknik batuk efektif</li> </ol>

		<p><b>Kolaborasi</b> Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik</p>
<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d gangguan neuromuscular (CVA Infark) d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas, fisik lemah</p>	<p><b>Tujuan dan Luaran Utama Keperawatan : Mobilitas Fisik (L.05042)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Mobilitas Fisik Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstermitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. Gerakan terbatas menurun</li> <li>5. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p><b>Intervensi Keperawatan Utama : Dukungan Mobilisasi (1.05173)</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>



<p>Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler d.d tidak mampu bicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, afasia, disfasia, apraksia, disleksia, disartria, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, sulit menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata, disorientasi orang, ruang, waktu, defisit penglihatan, defuse</p>	<p><b>Tujuan dan Luaran Utama Keperawatan : Komunikasi Verbal (L.13118)</b>  Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka Komunikasi Verbal Meningkatkan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan bicara meningkat</li> <li>2. Kemampuan mendengar meningkat</li> <li>3. Kontak mata meningkat</li> <li>4. Afasia menurun</li> <li>5. Disfasia menurun</li> <li>6. Pelo menurun</li> <li>7. Pemahaman komunikasi membaik</li> </ol>	<p><b>Intervensi Keperawatan Utama : Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (1.13492)</b>  <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara</li> <li>3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara</li> <li>4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan metode komunikasi alternative</li> <li>2. Sesuaikan komunikasi dengan kebutuhan</li> <li>3. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</li> <li>4. Ulangi apa yang disampaikan pasien</li> <li>5. Berikan dukungan psikologis</li> <li>6. Gunakan juru bicara, jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan berbicara perlahan</li> <li>2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b>  Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</p>
--	---	---

<p>Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan d.d berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal, mudah kenyang setelah makan, nyeri abdomen, nafsu makan menurun, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebih, diare</p>	<p><b>Tujuan atau Luaran Utama Keperawatan : Status Nutrisi (L.03030)</b>  Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka Status Nutrisi Membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat</li> <li>3. Frekuensi makan membaik</li> <li>4. Nafsu makan membaik</li> <li>5. Kekuatan otot mengunyah meningkat</li> <li>6. Kekuatan otot menelan meningkat</li> </ol>	<p><b>Intervensi Keperawatan Utama : Manajemen Nutrisi (1.03119)</b>  <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</li> <li>5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>6. Monitor asupan makanan</li> <li>7. Monitor berat badan</li> <li>8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu</li> <li>2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis piramida makanan)</li> <li>3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>5. Berikan makanan tinggi kalon dan tinggi protein</li> <li>6. Berikan suplemen makanan jika perlu</li> <li>7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol>
--	---	--

		<p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis pereda nyeri antilemetik), jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis metabolisme yang dibutuhkan jika perlu</li> </ol>
<p>Gangguan menelan b.d gangguan sererovaskuler d.d mengeluh sulit menelan, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal di organ mulut, bolus masuk terlalu cepat, refluks nasal, tidak mampu membersihkan rongga mulut, makanan jatuh dari mulut, makanan terdorong keluar dari mulut, sulit mengunyah, muntah sebelum menelan, bolus terbentuk lama, waktu makan lama, porsi makan tidak habis, fase oral abnormal, mengiler, menolak makan, muntah, posisi kepala elevasi,</p>	<p><b>Tujuan atau Luaran Utama Keperawatan : Status Menelan (L.06052)</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka Status Menelan Membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan makanan di mulut meningkat</li> <li>2. Reflek menelan meningkat</li> <li>3. Kemampuan mengunyah meningkat</li> <li>4. Usaha menelan meningkat</li> <li>5. Frekuensi tersedak menurun</li> <li>6. Muntah menurun</li> </ol>	<p><b>Intervensi Keperawatan Utama : Dukungan Perawatan Diri : Makan/Minum (1.11351)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi diet yang dianjurkan</li> <li>2. Monitor kemampuan menelan</li> <li>3. Monitor status hidrasi pasien</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan</li> <li>2. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum</li> <li>3. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan</li> <li>4. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat</li> <li>5. Sediakan sedotan untuk minum</li> <li>6. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan</li> <li>7. Sediakan makanan dan minuman yang disukai</li> <li>8. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian</li> <li>9. Motivasi untuk makan di ruang makan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <p>Jelaskan posisi makan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah</p>

menelan berulang-ulang, nyeri epigastrik		jarum jam <b>Kolaborasi</b> Kolaborasi pemberian obat (analgesik, antiemetik)
Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d CVA infark emboli	<b>Tujuan atau Luaran Utama : Perfusion Serebral (L.02014)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam maka Perfusion Serebral Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Gelisah menurun 2. Nilai rata-rata tekanan darah membaik 3. Tekanan darah sistolik membaik 4. Tekanan darah diastolik membaik	<b>Intervensi Keperawatan Utama : Pemantauan Tekanan Intrakranial (1.06198)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi intrakranial idiopatik) 2. Monitor peningkatan TD 3. Monitor MAP 4. Monitor penurunan frekuensi jantung <b>Terapeutik</b> 1. Pertahankan sterilitas sistem pemantauan 2. Pertahankan posisi kepala dan leher netral 3. Dokumentasikan hasil pemantauan <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan
Risiko jatuh d.d kekuatan otot menurun	<b>Tujuan atau Luaran Utama : Tingkat Jatuh (L.14138)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka Tingkat Jatuh Menurun dengan kriteria hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur	<b>Intervensi Keperawatan Utama : Pencegahan Jatuh (1.14540)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi faktor risiko jatuh 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan

	<p>menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Jatuh saat berdiri menurun</li> <li>3. Jatuh saat berjalan menurun</li> <li>4. Jatuh saat dipindahkan menurun</li> </ol>	<p>risiko jatuh</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala, <i>jika perlu</i></li> <li>5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</li> <li>2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>3. Pasang <i>handrall</i> tempat tidur</li> <li>4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> <li>5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari <i>nurse station</i></li> <li>6. Gunakan alat bantu berjalan</li> <li>7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> <li>4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</li> <li>5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</li> </ol>
--	---	--

### **2.3.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tindakan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi mencakup melakukan, membantu atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan arahan perawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien dan mengevaluasi kerja anggota staf dan mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan berkelanjutan dari klien. Implementasi meluangkan rencana asuhan kedalam tindakan. Setelah rencana di kembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan intervensi keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan perawat dan tindakan (Potter & Perry, 2016). Pada karya ilmiah akhir ini peneliti menerapkan implementasi Range Of Motion (ROM) Aktif dan *Ball Grasping Therapy* untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien CVA.

### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan. Tahap akhir yang bertujuan untuk mencapai kemampuan klien dan tujuan dengan melihat perkembangan klien. Evaluasi klien stoke dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya pada tujuan (Potter & Perry, 2016).