

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Defisit Perawatan Diri

2.1.1 Definisi

Defisit perawatan diri adalah situasi di mana seseorang melakukan Upaya untuk memelihara Kesehatan fisik dan mental mereka sendiri (DA Radaningtyas, 2018). Defisit perawatan diri adalah keadaan seseorang yang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri (Sutejo, 2017). Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi dimana seseorang tidak dapat memenuhi kebutuhan mereka sendiri terkait makan, minum, BAB/BAK, mandi, berpakaian serta berhias (Ditjen Yankes, 2019).

Berdasarkan Beberapa pengertian defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan seseorang dalam menyelesaikan kegiatan sehari-hari seperti menjaga kebersihan diri, makan, berdandan serta memenuhi kebutuhan eliminasinya secara mandiri, bila tidak ditangani dengan baik maka akan beresiko mengalami gangguan integritas kulit dan terjadinya penumpukan kotoran pada organ tubuh yang lain.

2.1.2 Etiologi

Menurut Departemen Kesehatan (Departemen Kesehatan RI, 2009), faktor yang menyebabkan kurangnya perawatan diri adalah :

a) Faktor Predisposisi

1. Perkembangan

Keluarga memberikan perlindungan berlebihan dan perhatian berlebihan kepada klien sehingga menghambat perkembangan inisiatif.

2. Biologis

Penyakit jangka Panjang yang mengakibatkan klien tidak dapat merawat diri sendiri.

3. Kemampuan Realitas Turun

Ketidakpedulian terhadap diri sendiri dan lingkungan, termasuk perawatan diri, disebabkan oleh kurangnya kemampuan klien dalam memahami realitas.

4. Sosial

Kurangnya dukungan dan pelatihan dalam meakukan perawatan lingkungan serta pengaruh situasi lingkungan mempengaruhi latihan dan kemampuan dalam merawat diri.

b) Faktor Presipitasi

Merupakan faktor pemicu defisit perawatan diri meliputi penurunan motivasi, kerusakan kognitif, dan perseptual, kecemasan, serta kelelahan yang mengakibatkan individu kesulitan dalam merawat diri. Menurut (Tarwoto & Wartona., 2006), faktor-faktor pemicu tersebut dapat berasal dari berbagai stressor, termasuk :

1) Citra Tubuh

Pandangan individu terhadap dirinya sendiri memiliki dampak besar pada kebersihan diri, terutama ketika ada perubahan fisik yang membuat individu kehilangan minat pada kebersihan diri.

2) Praktik Sosial

Anak jika terlalu diperhatikan mengenai kebersihan memiliki kecenderungan untuk memiliki perubahan dalam pola perawatan pribadi mereka.

3) Status Sosial Ekonomi

Untuk menjaga kebersihan pribadi, diperlukan berbagai peralatan dan barang-barang seperti peralatan mandi memerlukan biaya untuk dapat membelinya.

4) Budaya

Beberapa budaya memiliki keyakinan bahwa orang yang sakit tertentu seharusnya tidak dimandikan.

5) Kebiasaan Seseorang

Individu sering kali memiliki kebiasaan menggunakan produk khusus untuk merawat diri seperti peralatan mandi. Memiliki pemahaman yang baik tentang kebersihan pribadi sangat penting karena dapat meningkatkan kesehatan.

6) Kondisi fisik atau mental

Dalam situasi tertentu atau saat sedang sakit, kemampuan untuk melakukan perawatan diri dapat menurun dan membutuhkan bantuan dari luar. Faktor-faktor yang menyebabkan defisit dalam perawatan diri meliputi penurunan motivasi, kerusakan kognitif atau perseptual, hambatan atau kelemahan yang menghalangi kemampuan individu untuk merawat diri (NANDA, 2015).

2.1.3 Klasifikasi Defisit Perawatan Diri

Klasifikasi defisit perawatan diri menurut (Wilkinson, 2016) :

a) Defisit dalam merawat diri dengan mandi

Defisit perawatan diri dalam mandi merupakan ketidakmampuan untuk melakukan atau memenuhi kebutuhan mandi atau perawatan pribadi sendiri. Ciri- ciri dari kesulitan dalam aktivitas mandi seperti pergi ke kamar mandi, mengeringkan tubuh dan mengambil perlengkapan mandi (Wilkinson, 2016).

b) Defisit dalam perawatan diri dengan berpakaian

Defisit perawatan diri berpakaian merupakan kesulitan dalam mengenakan pakaian (Judith, M. W., 2016). Ciri-ciri Batasan defisit perawatan diri dalam berpakaian meliputi :

1. Kesulitan dalam hal mengancingkan pakaian, mengambil pakaian, serta mengenakan atau melepas pakaian.

2. Ketidakmampuan untuk : memilih pakaian, menjaga penampilan agar memuaskan.

c) Defisit dalam merawat diri dengan makan

Defisit perawatan diri makan merupakan kesulitan dalam melaksanakan atau menyelesaikan kegiatan makan, seperti : menyendok makanan ke mulut, menempatkan makanan di atas piring, memegang alat makan, dan mengambil cangkir untuk minum dengan bantuan (Judith, M. W., 2016).

d) Defisit dalam merawat diri dengan eliminasi

Defisit perawatan diri eliminasi merupakan kesulitan dalam menjaga kebersihan eliminasi dengan baik, membersihkan kloset, mencapai kloset, duduk atau bangun dari kloset (Judith, M. W., 2016).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut (Putra, 2018) klien yang mengalami defisit dalam perawatan diri adalah :

1. Subyektif

- a. Mengakui kurangnya keinginan untuk mandi secara rutin.
- b. Membutuhkan dorongan untuk melakukan perawatan diri.
- c. Memberitahu bahwa kemampuan toileting tidak tepat dan mengklaim ketidakmampuan dalam menggunakan alat bantu makan.

2. Obyektif

- a. Tidak mampu dalam membersihkan tubuhnya.
- b. Pakaian yang tidak benar atau tidak sesuai standart..
- c. Tidak mampu menjaga kebersihan dengan baik.
- d. Setelah buang air, hanya makan beberapa suap dari piring/porsi yang tidak habis.

2.1.5 Penatalaksanaan

Menurut (SAK, 2017) rencana perawatan untuk pasien dengan defisit perawatan diri juga melibatkan keluarga sehingga keluarga dapat memberikan arahan kepada pasien dalam menjalankan perawatan diri untuk mengatasinya meliputi :

1) Tindakan mandiri

- a) Jelaskan tanda dan gejala, penyebab dan konsekuensi dari defisit perawatan diri serta akibat defisit perawatan diri saat merawat diri mandi.
 - a. Mengidentifikasi tanda dan gejala, penyebab serta konsekuensi dari defisit perawatan diri.
 - b. Menjelaskan prosedur perawatan diri saat mandi, termasuk alasan untuk mandi, frekuensi mandi, manfaat mandi, peralatan yang dibutuhkan dan Teknik mandi yang tepat.
 - c. Memberikan pelatihan kepada pasien tentang cara melakukan perawatan diri.

- d. Membimbing pasien untuk menyusun jadwal harian yang mencakup kegiatan mandi.
- b) Jelaskan dan bantu pasien dalam perawatan kebersihan diri melalui berhias :
- a. Bantu pasien dalam mengintegrasikan kegiatan berhias ke dalam jadwal harian mereka.
 - b. Diskusikan tentang prosedur perawatan diri berhias, termasuk alat yang dibutuhkan, kegiatan berhias, Teknik berhias, waktu yang tepat untuk berhias, manfaat dari berhias dan aktivitas alternatif jika tidak berhias.
 - c. Latih pasien dalam melakukan perawatan diri berhias.
 - d. Latih pasien untuk menetapkan kegiatan berhias dalam jadwal harian mereka.
- c) Bantu pasien dalam mengasah keterampilan perawatan diri terkait makanan dan minuman.
- a. Bicarakan tentang cara perawatan diri terkait makanan dan minuman, termasuk pertanyaan tentang alat yang diperlukan, Teknik makan dan minum, jadwal, manfaat serta resiko jika tidak melakukan makanan dan minuman.
 - b. Bantu dalam mengajarkan cara merawat diri terkait makanan dan minuman.
 - c. Bantu pasien dalam mengintegrasikan kegiatan makan dan minum ke dalam jadwal harian mereka.

- d) Bantu dalam melatih perawatan diri terkait kegiatan BAB/BAK.
 - a. Bahas tentang perawatan diri terkait BAB/BAK, termasuk alat yang diperlukan, prosesnya, Teknik yang benar, manfaatnya dan resiko jika tidak dilakukan dengan benar.
 - b. Bantu dalam mengajarkan cara merawat diri terkait BAB/BAK
 - c. Bantu pasien dalam menyisipkan kegiatan BAB/BAK ke dalam jadwal harian mereka.

2.1.6 Batasan Karakteristik Defisit Perawatan Diri

Batasan Batasan karakteristik Defisit Perawatan Diri menurut (PPNI, 2017) adalah :

- 1) Gejala dan tanda mayor
 - a. Subjektif : Menolak melakukan perawatan diri
 - b. Objektif :
 - 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri
 - 2. Minat melakukan perawatan diri kurang
- 2) Gejala dan tanda minor
 - a. Subjektif (tidak tersedia)
 - b. Objektif (tidak tersedia)

2.1.7 Dampak Defisit Perawatan Diri

Menurut (Dermawan, 2013) konsekuensi yang sering muncul akibat kebersihan pribadi adalah :

a) Dampak fisik

Banyak masalah Kesehatan yang dialami seseorang karena kurang menjaga kebersihan pribadi dengan baik. Gangguan fisik yang umum terjadi meliputi masalah integritas kulit, masalah pada membrane mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, serta masalah fisik pada kuku.

b) Dampak psikososial

Masalah sosial yang terkait dengan kebersihan pribadi mencakup gangguan dalam memenuhi kebutuhan akan kenyamanan, kebutuhan akan kasih sayang, kebutuhan akan aktualisasi diri, dan gangguan dalam interaksi sosial.

2.1.8 Macam-Macam Defisit Perawatan Diri

Tujuan dari defisit perawatan diri merupakan kemampuan dalam mempertahankan penampilan diri yang sesuai standart, agar gaya hidup lebih sehat dan bersih. Berbagai jenis defisit perawatan diri menurut (DA Radaningtyas, 2018) :

1) Mandi

Memandikan klien dianggap sebagai perawatan standart karena mandi bukan hanya sekedar membersihkan, tetapi juga memiliki efek

terapeutik yang membantu menjaga kebersihan tubuh, mengurangi resiko infeksi bakteri, dan meningkatkan aliran darah dan kenyamanan pasien.

2) Perawatan diri dalam berpakaian

Kemampuan untuk berpakaian secara mandiri merupakan aspek penting dari perawatan diri, terutama karena seringkali klien menghadapi hambatan dalam menjalankan aktivitas berpakaian secara mandiri.

3) Makan dan minum

Kemampuan untuk membantu memenuhi kebutuhan dalam makan dan minum.

4) Buang air kecil/buang air besar

Kemampuan untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan toileting.

2.1.9 Mekanisme Koping

Menurut (Damayanti, M., & Iskandar, 2012) dalam mengatasi defisit perawatan diri pada strategi koping, dibagi menjadi 2 yaitu :

1) Mekanisme Koping Adaptif

Mekanisme koping yang mendukung integritas fungsi pertumbuhan belajar dan pencapaian tujuan, yaitu kategori klien yang mampu merawat diri sendiri.

2) Mekanisme Koping Maladaptif

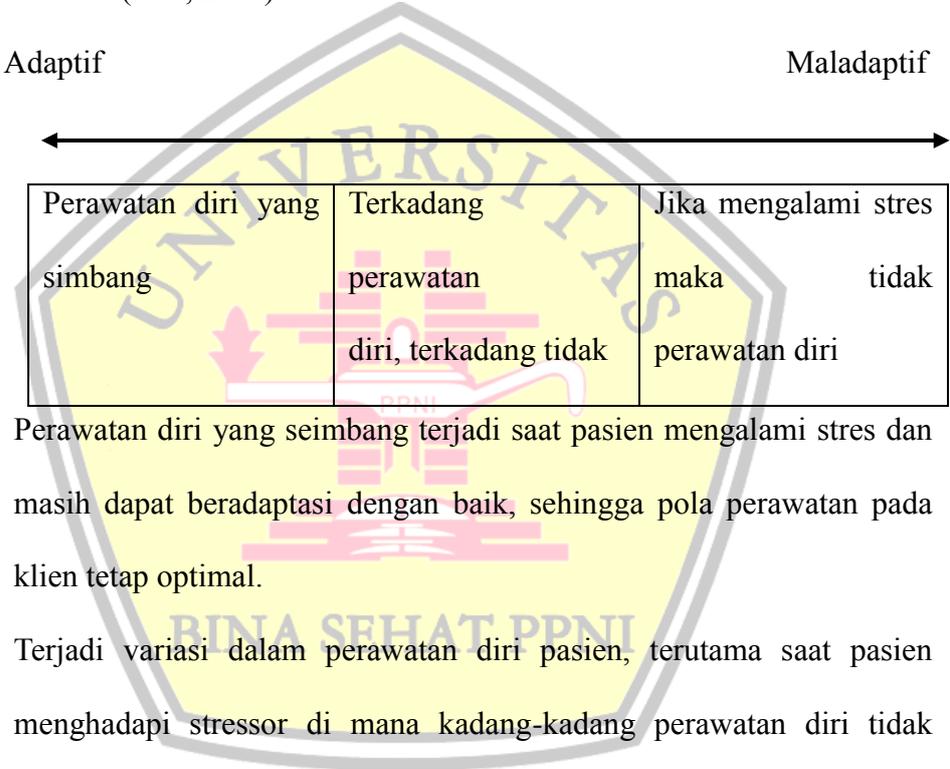
Mekanisme koping yang cenderung dominan terhadap lingkungan, menghambat perkembangan atau bertumbuhan termasuk ketidakmauan merawat diri.

2.1.10 Rentang Respon

Menurut (Ade, 2011) :

Adaptif

Maladaptif



Perawatan diri yang seimbang	Terkadang perawatan diri, terkadang tidak	Jika mengalami stres maka tidak perawatan diri
------------------------------	---	--

1. Perawatan diri yang seimbang terjadi saat pasien mengalami stres dan masih dapat beradaptasi dengan baik, sehingga pola perawatan pada klien tetap optimal.
2. Terjadi variasi dalam perawatan diri pasien, terutama saat pasien menghadapi stressor di mana kadang-kadang perawatan diri tidak diperhatikan sepenuhnya.
3. Klien menyatakan kurangnya minat dan kemampuan untuk melakukan perawatan diri ketika mengalami stres.

2.1.11 Patofisiologi

Faktor biologis yang terkait dengan kerusakan saraf dan ketidakseimbangan neurotransmitter dapat menyebabkan dampak berupa perilaku maladaptive pada pasien (Townsend, 2010). Secara neurobiologis, penelitian berfokus tiga area otak yang mempengaruhi perilaku agresif, meliputi, system limbik di sekeliling serangkaian korteks yang dari masing-masing hemisfer berada di permukaan medial, serta area yang mengelilingi pusat kutub cerebrum, yang bertugas dalam mengatur system saraf otonom emosi (Suliswati, 2005). Proses menyimpan dan menggabungkan informasi yang berkaitan dengan emosi, memori, dan pengaturan informasi, ketidaknormalan dapat menyebabkan gejala gangguan emosional dan perubahan dalam kepribadian (Kaplan, H.L, Sadock, B.J dan Grebb, 2006). Lobus frontal memegang peran yang sangat penting sebagai tempat utama dalam perilaku dan pemikiran rasional yang erat dengan kaitannya system limbik (Suliswati, 2005). Lobus frontal memiliki peran utama pada fungsi otak yaitu untuk gerakan sukarela dan fungsi bicara, serta mengatur berbagai macam ekspresi emosional yang beragam. Kerusakan lobus frontal dapat menyebabkan gangguan dalam proses pikir, bicara yang sulit dipahami atau pelo, sehingga mengakibatkan perilaku maladaptive seperti kurangnya perhatian terhadap perawatan diri seperti mandi, berpakaian, makan/minum, dan penggunaan toileting. Hal ini mencerminkan gejala defisit perawatan diri (Townsend 2010).

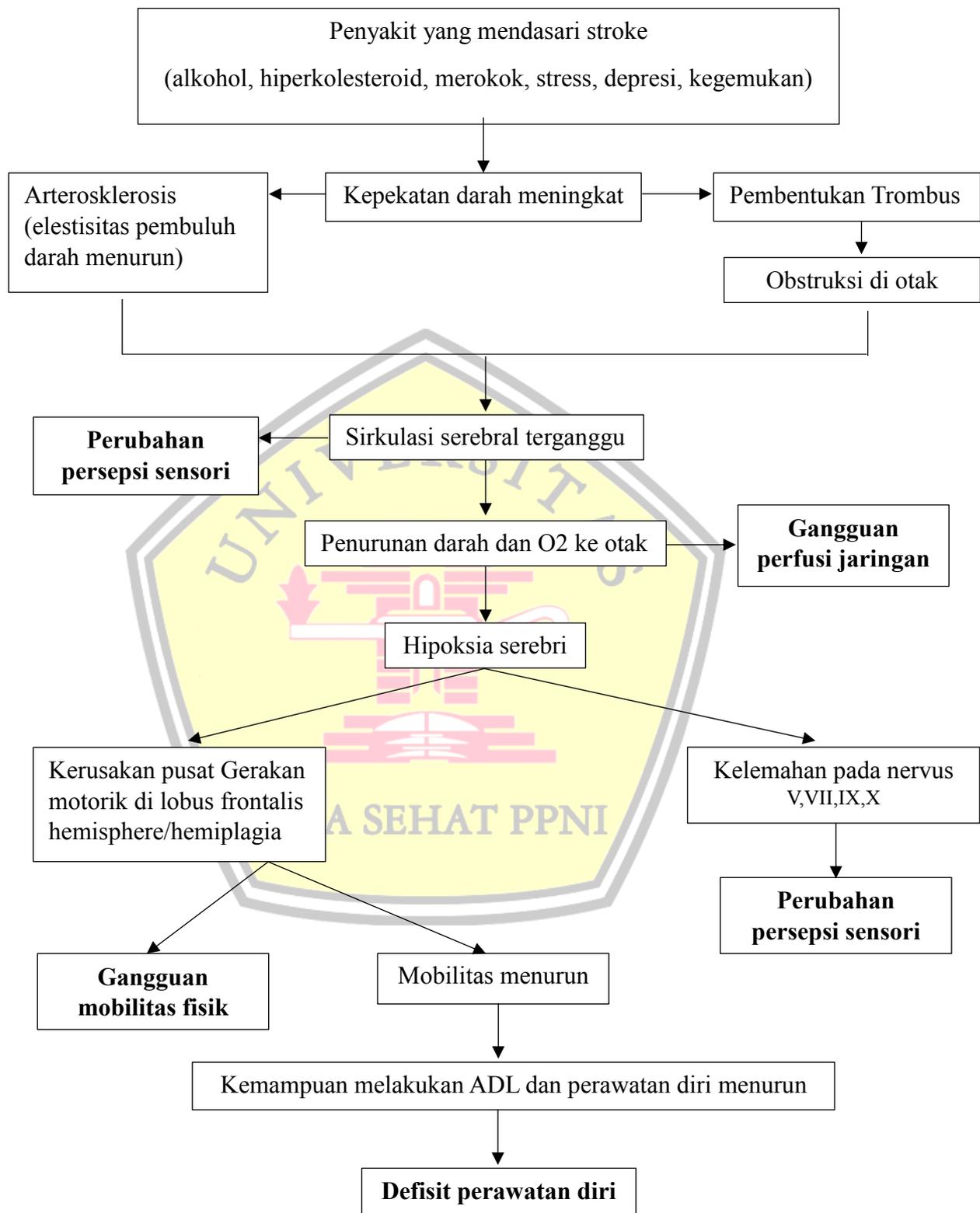
Hypotalamus adalah bagian dari diensefalon, bagian internal dari cerebrum yang menghubungkan otak tengah dengan hemisfer cerebrum. Fungsi utama yaitu merespons perilaku terhadap emosi dan mengatur mood. Kerusakan pada hypothalamus dapat menyebabkan hilangnya mood dan motivasi seseorang, yang kemudian mengakibatkan penurunan aktivitas dan kurangnya minat untuk melakukan sesuatu. Keadaan ini sering terlihat pada klien dengan depresi, di mana mereka membutuhkan lebih banyak motivasi dan dukungan untuk melakukan perawatan diri mereka (Suliswati, 2002; Stuart & Laraia, 2005).

2.1.12 Faktor Yang Berhubungan

Menurut (SDKI, 2018) :

- 1) Gangguan muskuloskeletal..
- 2) Gangguan neuromuskuler.
- 3) Kelemahan
- 4) Gangguan psikologis/psikotik
- 5) Penurunan motivasi/minat

2.1.13 Pathway



Gambar 2. 1 Pathway Defisit Perawatan Diri(Hariyoto dan Sulistiyowati, 2015).

2.2 Konsep CVA (Cerebro Vaskular Accident)

2.2.1 Definisi

CVA (Cerebro Vaskular Accident) adalah kondisi yang terjadi ketika aliran darah ke otak terganggu, menyebabkan kematian jaringan otak dan kelumpuhan atau kematian pada seseorang dan menyebabkan defisit neurologis mendadak akibat iskemia serebral atau perdarahan (Virani et al.,2022). CVA (Cerebro Vaskular Accident) adalah penyakit sistem saraf yang paling umum terjadi secara tiba-tiba terjadi gangguan aliran darah di otak, menyebabkan sumbatan atau pecahnya pembuluh darah, sehingga oksigen dan nutrisi berkurang dan menyebabkan kematian sel (Wulansari,2019). CVA (Cerebro Vaskular Accident) merupakan penyakit yang menyerang setiap orang secara mendadak dan merupakan salah satu penyebab utama kematian dan kecacatan saraf di Indonesia (Aucla, 2019).

Beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa CVA merupakan penyakit persyarafan yang bisa menyerang siapapun secara mendadak. Keadaan tersebut timbul karena adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah sehingga berpotensi mengalami kelumpuhan pada penderita.

2.2.2 Etiologi

Penyebab CVA Infark menurut (Wijaya, 2013) :

1) Trombosis Serebri

Trombosis cerebri dapat terjadi saat pembuluh darah tersumbat, menyebabkan iskemia pada jaringan otak yang mengakibatkan pembengkakan dan gangguan pada area sekitar otak. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua saat mereka sedang tidur atau terjaga. Penurunan aktivitas simpatik dan penurunan tekanan darah menjadi penyebabnya karena (Smeltzer, 2005) :

- a. Aterosklerosis adalah kondisi dimana dinding pembuluh darah mengalami pengerasan atau kehilangan kelenturan dan elastisitasnya.
- b. Hiperkoagulabilitas adalah kondisi dimana darah menjadi lebih kental, meningkatkan viskositas atau hematokrit, dapat menghalangi aliran darah menuju otak.
- c. Arteritis merupakan kondisi inflamasi pada arteri.

2) Emboli

Terjadi bekuan darah, plak, lemak atau gelembung udara diakibatkan karena penyumbatan pembuluh darah serebral. Emboli biasanya berasal dari thrombus menyumbat system arteri serebral melalui jantung. Beberapa kondisi yang dapat menyebabkan emboli sebagai berikut (Price, 2005):

- a. Penyakit jantung reumatik.

- b. Infark miokard fibrilasi atrium dan kondisi aterosklerosis
 - c. Endokarditis yaitu gangguan pada lapisan endokardium.
- 3) Iskemia yaitu penurunan aliran darah ke otak. Terutama karena kontraksi arteroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak.
- 4) Hemoragik serebral yaitu pembuluh darah dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. Pasien dengan perdarahan atau hemoragik mengalami penurunan tingkat kesadaran.

2.2.3 Klasifikasi CVA (Cerebro Vaskular Accident)

CVA dibedakan menjadi 2 yaitu (Wijaya, 2015) :

1) CVA Hemoragik

CVA Hemoragik yaitu pecahnya pembuluh darah di otak dan perdarahan, 70% dari kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Stroke Hemoragik dibagi 2 jenis yaitu :

- a. Hemoragik Intraserebral : perdarahan yang terjadi didalam jaringan otak
- b. Hemoragik Subaknoid : perdarahan yang terjadi pada ruang subaknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).

2) CVA Iskemik (Non Hemoragik)

CVA Iskemik atau non hemoragik dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi lama setelah beristirahat, baru bangun tidur atau dipagi hari. Tidak terjadi

perdarahan namun terjadi iskemia yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti 80%. Stroke Iskemik ini dibagi menjadi 3 jenis yaitu :

- a) Stroke Trombolik : proses terbentuknya thrombus yang membuat pengumpulan
- b) Stroke Embolik : tertutupnya pembuluh darah arteri oleh bekuan darah
- c) Hipoperfusi Sistemik : berkurangnya aliran darah keseluruhan bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala dari CVA (Cerebro Vaskular Accident) adalah (DA Radaningtyas, 2018) :

- 1) Gangguan sensoris : gangguan perasaan, kesemutan
- 2) Gangguan bicara : sulit berbahasa (disfasia), tidak bias bicara (disfasia motoric yaitu bicara cadel atau pelo), tidak bias memahami bicara orang (disfasia sensorik).
- 3) Gangguan kognitif.
- 4) Gangguan penglihatan.
- 5) Penurunan kesadaran.
- 6) Kaki mati rasa
- 7) Sakit kepala parah atau tidak terkontrol

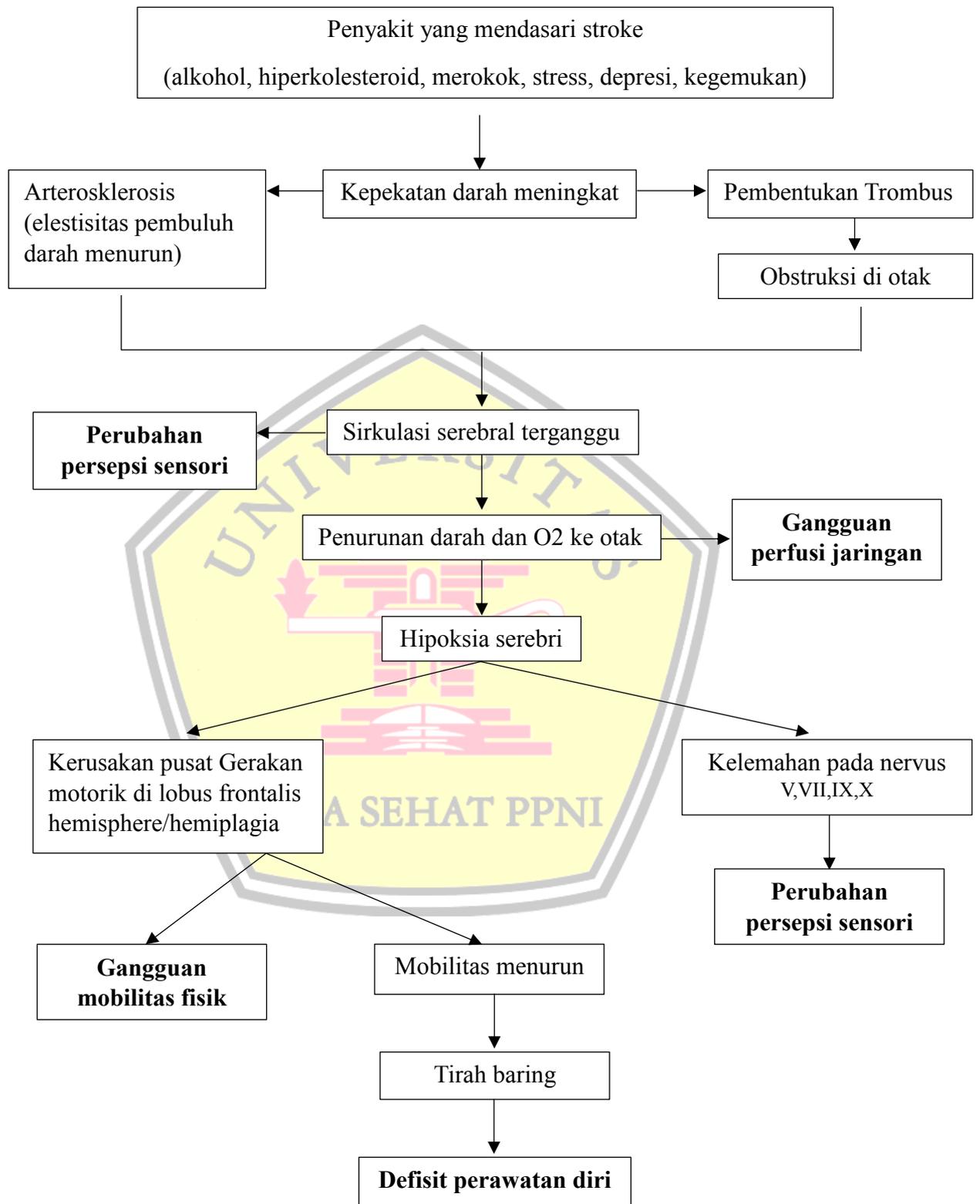
2.2.5 Patofisiologi

Otak membutuhkan oksigen secara terus menerus dan tidak memiliki Cadangan. Jika aliran darah terhambat oleh thrombosis atau emboli, otak dapat mengalami kekurangan oksigen. Kekurangan oksigen bahkan hanya dalam hitungan menit dapat menyebabkan penurunan kesadaran. Jika kekurangan oksigen berlanjut, dapat terjadi kerusakan mikroskopis yang menyebabkan stroke iskemik. Kurangnya oksigen pada awalnya dapat disebabkan oleh iskemia atau henti jantung, anemia, atau kesulitan bernafas. CVA embolis disebabkan oleh bekuan darah, plak, dan pecahan ateroma lemak. Jika CVA bersifat hemotagik, faktor utama adalah hipertensi. Abnormalitas pembuluh darah seperti aneurisma atau robekan serat menyebabkan perdarahan dalam CVA thrombolis atau metabolik, menyebabkan iskemia otak dan infark sulit diidentifikasi. Kemungkinan besar CVA akan meluas setelah serangan pertama, menyebabkan edema otak dan peningkatan tekanan intrakranial serta kematian di area yang luas. (Price, 2005 & Wijaya, 2013) Gangguan pasokan darah dapat terjadi diberbagai arteri yang memasok sirkulasi wilayah otak, seperti arteri karotis internal, sistem vertebrobasilar, dan cabang-cabangnya. Jika aliran darah ke otak terputus selama 15 menit, dapat menyebabkan infark atau kematian jaringan. Okulasi dapat terjadi di dalam pembuluh darah yang memasok darah ke otak, dengan patologi sebagai berikut (Affandi, I.G & Reggy, P., 2016).

- 1) Pembesaran pembuluh darah akibat peradangan pada dindingnya.
- 2) Penurunan perfusi karena gangguan aliran darah seperti terjadinya syok atau peningkatan viskositas darah.
- 3) Gangguan aliran darah karena emboli infeksi yang berasal dari jantung atau pembuluh darah di luar kepala.
- 4) Rupture vascular di dalam ruang subaracnoid.



2.2.6 Pathway



Gambar 2. 2 Pathway CVA (Cerebro Vaskular Accident) (Saferi dan Yassia, 2018).

2.2.7 Komplikasi

Ada beberapa komplikasi CVA Infark :

- 1) Pasien yang mengalami CVA dan terbaring dalam waktu yang lama menghadapi secara fisik dan emosi (DA Radaningtyas, 2018) :
 - a. Pada kaki yang mengalami lumpuh, bekuan darah atau trombosis sering terbentuk dengan mudah, menyebabkan penumpukan cairan dan pembengkakan.
 - b. Dekubitus mengalami memar pada daerah ekstremitas bawah meliputi : persendian, kaki, tumit, pantat dan pinggul.
 - c. Pneumonia : tidak bias menelan dan batuk dengan sempurna sehingga terjadi terkumpulnya cairan pada paru-paru yang menyebabkan pneumonia.
 - d. Atofi dan kerusakan sendi (Kontraktur) : penurunan kesadaran pada organ yang terpengaruh dapat mengakibatkan kurangnya gerakan aktif yang menyebabkan kontraktur.
 - e. Depresi dan kecemasan : akibat perubahan atau penurunan kesadaran pada bagian tubuh yang terkena, terjadi penurunan aktivitas pada bagian tersebut.
- 2) Berhubungan dengan mobilisasi :
 - a. Nyeri pada daerah tungkai atau punggung
 - b. Dislokasi sendi

- c. Kerusakan fungsi otak
 - d. Epilepsi
 - e. Sakit kepala
 - f. Kraniotomi
- 3) Berhubungan dengan imobilisasi ;
- a. Infeksi pernafasan
 - b. Nyeri tekan
 - c. Konstipasi
 - d. Tromboflebitis

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (DA Radaningtyas, 2018) :

- 1) Angiografi cerebral dapat membantu mengidentifikasi penyebab terjadinya stroke, seperti perdarahan, arteriovena atau rupture, serta mengidentifikasi sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular.
- 2) CT Scan memberikan informasi spesifik tentang lokasi edema, seperti hematoma dan keberadaan jaringan otak, infark atau iskemia.

- 3) MRI dengan cara menentukan lokasi atau ukuran perdarahan otak serta lesi menggunakan gelombang magnetik dan infark yang terjadi akibat stroke hemotagik.
- 4) Pemeriksaan EKG membantu mengidentifikasi penyebab masalah jantung jika ada kelainan.
- 5) Pemeriksaan darah, pemeriksaan fungsi ginjal, pemeriksaan elektrolit, pemeriksaan DI lengkap, pemeriksaan glukosa dan trigliserida untuk membantu dalam menegakkan diagnosis.
- 6) Pemeriksaan kimia darah pada stroke akut sering menunjukkan hiperglikemia, dengan kadar glukosa darah mencapai 250 mg/dL.
- 7) Elektro encefalography (EEG) digunakan untuk mengevaluasi masalah Listrik pada jaringan otak yang terkena infark, yang dapat menyebabkan penurunan impuls Listrik.
- 8) Sinar X tengkorak digunakan untuk mengevaluasi perubahan pada kelenjar pineal dan wilayah sekitarnya.. Pada thrombus serebral, dapat digunakan untuk mengklarifikasi karotis internal, dan pada perdarahan subaracnoid, digunakan untuk mengklarifikasi dinding aneurisma.
- 9) Pemeriksaan foto thorak, dapat memperlihatkan gambaran dari jantung, termasuk tanda-tanda hipertrofi ventrikel kiri yang sering terjadi, pada pasien dengan stroke.

10) Magnetic Resonance Imaging (MRI) menggunakan gelombang magnetic untuk menentukan ukuran dan lokasi perdarahan otak yang terjadi, baik yang disebabkan oleh infark atau hemoragik.

11) Magnetik Resonance Angiography (MRA) merupakan Teknik non-infasif yang digunakan untuk mengevaluasi arteri serebral dan sirkulasi darah otal, serta mendeteksi adanya oklusi.

2.2.9 Upaya Pencegahan Pada CVA

Menurut (Batticaca, 2008) :

- 1) Menurunkan berat badan.
- 2) Berhenti merokok.
- 3) Mengurangi konsumsi kopi.
- 4) Mengurangi asupan makanan tinggi garam dan lemak.
- 5) Meningkatkan asupan kalsium.
- 6) Melakukan olahraga secara teratur.
- 7) Mengadopsi gaya hidup yang lebih sehat.
- 8) Menghindari makanan yang dapat meningkatkan tekana darah dan kolesterol tinggi.

2.2.10 Penatalaksanaan

Ada beberapa penatalaksanaan pada pasien CVA Infark (Wijaya, 2013):

- 1) Penatalaksanaan Medis :
 - a. Melakukan Pemasangan Infus
 - b. Memberikan Antikoagulan, jika perlu
 - c. Kolaborasi Pemberian Obat
- 2) Penatalaksanaan Perawat :
 - a. Posisi kepala dan badan semi fowler
 - b. Buka jalur nafas, pastikan ventilasi yang memadai, dan jika diperlukan, berikan oksigen dengan aliran 1-2 liter/ menit sesuai dengan hasil gas darah.
 - c. Lakukan pemasangan kateter, jika perlu
 - d. Memonitor tekanan darah, suhu tubuh
 - e. Pertahankan nutrisi peroral, jika pasien terdapat gangguan menelan atau penurunan kesadaran dianjurkan pemasangan NGT
 - f. Mobilisasi dan Rehabilitas diri jika tidak ada kontraindikasi.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

a) Anamnesis

1) Identitas Pasien

Meliputi nama, usia (seseorang rentan mengalami stroke pada usia 40-50 tahun ke atas), biasanya dialami oleh orang tua, jenis kelamin, alamat, latar belakang Pendidikan, agama, status perkawinan, nomor rekam medis, tanggal masuk rumah sakit, serta tanggal pengkajian dan diagnosis medis.

2) Keluhan Utama

Keluhan yang sering muncul masalah defisit perawatan diri pada pasien CVA pada umumnya adalah mengalami keterbatasan gerak dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti kebutuhan mandi, BAB/BAK, berhias, berpakaian serta makan dan minum.

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Yang dikaji meliputi tingkat kemandirian pasien seperti berpakaian, berhias, makan dan minum.

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Yang dikaji meliputi pernah menderita riwayat defisit perawatan diri atau tidak, riwayat hipertensi atau tidak, riwayat stroke atau tidak, catatan tentang aktivitas harian dan gaya hidup.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Yang dievaluasi mencakup Riwayat penyakit genetic (keturunan) atau penyakit menular yang dialami oleh anggota keluarga.

6) Riwayat Psikososial dan Spiritual

Perubahan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat serta interaksi atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari, baik di lingkungan keluarga maupun Masyarakat, dapat memiliki dampak seperti timbulnya ketakutan, kecemasan terhadap cacat, dan perasaan cemas lainnya pada pasien, rasa optimal dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra tubuh). Pola persepsi dan konsep diri yang di dapatkan, pasien merasa tidak berdaya dan tidak kooperatif. Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir, kurangnya keterlibatan dalam ibadah spiritual sering kali disebabkan oleh kondisi kehidupan yang tidak stabil, kelemahan, atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

7) Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan

a) Pemeliharaan dan persepsi kesehatan : saat sakit pasien mengatakan sangat cemas dengan kondisi yang dialaminya.

- b) Nutrisi / metabolic : keluarga pasien mengatakan nafsu makan baik.
- c) Eliminasi : selama dirawat keluarga pasien mengatakan pasien susah bab, dan bak nya sedikit.
- d) Aktivitas dan latihan : keluarga pasien mengatakan aktivitas sehari-hari dibantu total.
- e) Istirahat dan tidur : keluarga pasien mengatakan pasien tidurnya baik.
- f) Kognitif-perseptual : pasien mampu memahami pertanyaan perawat, pasien mampu berkomunikasi walau sedikit pelo, pasien mengatakan belum sepenuhnya memahami tentang penyakit yang dideritanya, pasien dan keluarga banyak bertanya mengenai penyakit yang diderita pasien.
- g) Persepsi diri : pasien mampu mengenali dirinya sebagai seorang ayah, pasien merasa kalua dirinya sedang sakit dan dirawat di rumah sakit, pasien mengatakan ingin segera sembuh agar dapat Kembali berkumpul Bersama keluarga dirumah, pasien tidak merasa minder dengan kondisi yang dialaminya dan selalu kooperatif terhadap perawat yang merawatnya.
- h) Seksual dan reproduksi : tidak terkaji.

- i) Peran-hubungan : selama sakit keluarga pasien mengatakan pasien mampu berinteraksi dan mengenal lingkungan dengan baik walau dengan kursi roda untuk berkeliling disekitarnya.
- j) Manajemen coping stress : keluarga pasien mengatakan jika ada masalah selalu membicarakan kepada keluarganya, pasien tampak cemas atas penyakit yang dideritanya.
- k) Keyakinan-nilai : pasien mengatakan selalu sholat 5 waktu dan berdoa untuk kesembuhannya walau dengan keadaan berbaring atau duduk.
- 8) Pengkajian Fisik
1. Tingkat Kesadaran Umum :
 2. Tanda-Tanda Vital : () TD () Nadi () RR () S
 3. Pemeriksaan fisik:
 - a) Pemeriksaan kepala
 - (1) Inspeksi : mengkaji bagaimana bentuk kepala, kebersihan kepala.
 - (2) Palpasi : mengkaji apakah terdapat benjolan atau hematoma.
 - b) Pemeriksaan mata
 - (1) Inspeksi : mengkaji konjungtiva mata berwarna pucat (anemis) atau tidak, kemudian warna sklera.

(2) Palpasi : mengkaji apakah ada edema pada palpebra atas dan bawah mata.

c) Pemeriksaan Hidung

(1) Inpeksi : mengkaji kebersihan hisung terdapat sekret atau tidak, terdapat sekat hidung atau tidak. Tidak terdapat corpus alineum atau benda asing.

(2) Palpasi : sinus frontal teraba lunak.

d) Pemeriksaan mulut dan gigi

(1) Inpeksi : mengkaji apakah terdapat stomatitis atau tidak, jumlah gigi dan kebersihan gigi. Untuk pasien dengan defisit perawatn diri pada pasien stroke lidah tampak dan gigi tampak kotor.

(2) Palpasi : mengkaji terdapat reflek melan atau tidak.

e) Pemeriksaan telinga

(1) Inpeksi : bentuk telinga, terdapat corpus alineum atau tidak.

(2) Palpasi : daun telinga teraba lunak.

f) Pemeriksaan Leher

(1) Inpeksi : mengkaji terdapat ada massa atau tidak.

Pada pasien stroke dengan defisi perawatn diri terdapat lipatan kotoran pada leher.

(2) Palpasi : mengkaji terdapat pembesaran kelenjar tiroid atau tidak.

g) Pemeriksaan Thorak

- (1) Inpeksi : mengkaji bentuk dada simetris, terdapat otot bantu pernapasan atau tidak.
- (2) Palpasi : mengkaji vokal fremitus dan ekspansi paru kanan dan kiri simetris.
- (3) Perkusi : mengkaji terdengar suara sonor.
- (4) Auskultasi: mengkaji terdapat bunyi suara napas tambahan atau tidak.

h) Pemeriksaan kardiovaskuler

- (1) Inpeksi : mengkaji terdapat ictus cordis atau tidak.
- (2) Palpasi : mengkaji terdapat getaran atau thrill tidak.
- (3) Perkusi : mengkaji terdengar suara redup.
- (4) Auskultasi: mengaji suara jantung normal S1 bumyi Tunggal (lup- dug- lup- dug).

i) Pemeriksaan abdomen

- (1) Inpeksi : simetris tidak ada massa
- (2) Auskultasi : bising usus 5-30x/ menit
- (3) Palpasi : mengkaji ada pemebesaran hepar dan lien atau tidak.
- (4) Perkusi : tympani

j) Pemeriksaan ekstermitas

Pada pasien stroke terdapat penurunan kekuatan otot, sendi kaku, gerak terbatas.

k) Genetalia

Pada pasien stroke tampak terpasang cateter. (Imelda Fatwa, 2020).

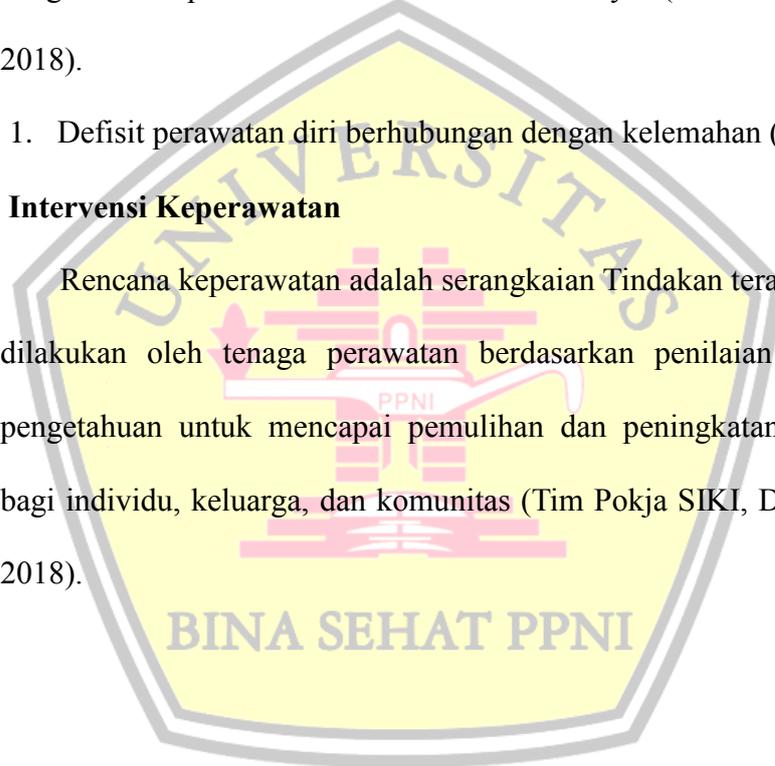
2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dalam pasien defisit perawatan diri menggunakan penulisan diagnosa keperawatan sinkron Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia diantaranya (Tim Pokja SDK1, 2018).

1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan adalah serangkaian Tindakan terapeutik yang dilakukan oleh tenaga perawatan berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan untuk mencapai pemulihan dan peningkatan Kesehatan bagi individu, keluarga, dan komunitas (Tim Pokja SIKI, DPP – PPNI, 2018).



1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN/KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
Defisit perawatan diri b.d kelemahan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam, diharapkan perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 5 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 5 3. Kemampuan makan meningkat 5 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5 5. Minat melakukan perawatan diri meningkat 5 6. Minat mempertahankan kebersihan diri meningkat 5 	<p>Dukungan Perawatan Diri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - Monitor Tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) - Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) - Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan - Fasilitasi

		<p>kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
--	--	--

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2012). Sebuah rangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatannya dan mencapai kondisi Kesehatan yang lebih baik, serta mencatat hasil yang diharapkan dan respons pasien, termasuk dalam Tindakan keperawatan mandiri, Tindakan keperawatan kolaboratif dan dokumentasi Tindakan keperawatan serta respon pasien.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai efektivitas Tindakan keperawatan dalam menangani suatu masalah. Salah satu format yang dapat digunakan untuk melakukan evaluasi keperawatan adalah format SOAP (Dinar ti et, al. 2009) yang terdiri dari :

S : Ungkapan perasaan oleh pasien atau keluarga

O : Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat

A: Analisi perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif

P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

