

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. K DENGAN DIAGNOSA MEDIS
CEREBRO VASKULER ACCIDENT (CVA) INFARK DI RUANG ICU
CENTRAL RUMKITAL Dr. RAMELAN
SURABAYA**



**Oleh :
VIRDA NUZULAH
NIM. 162.0079**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. K DENGAN DIAGNOSA MEDIS
CEREBRO VASKULER ACCIDENT (CVA) INFARK DI RUANG ICU
CENTRAL RUMKITAL Dr. RAMELAN
SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :
VIRDA NUZULAH
NIM. 162.0079**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2019**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.



HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa

Nama : VIRDA NUZULAH
NIM : 162.0079
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. K dengan
Diagnosa Medis *Cerebro vaskuler Accident (CVA)*
Infark di Ruang ICU Central Rumkital Dr.
Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)

Surabaya, 16 Juli 2019

Pembimbing



Dwi Priyantini, S.kep., Ns., M.Sc
NIP. 03006

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Dari

Nama : VIRDA NUZULAH
NIM : 162.0079
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. K dengan
Diagnosa Medis *Cerebro vaskuler Accident (CVA)*
Infark di Ruang ICU Central Rumkital Dr.
Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang
Tuah Surabaya, pada :

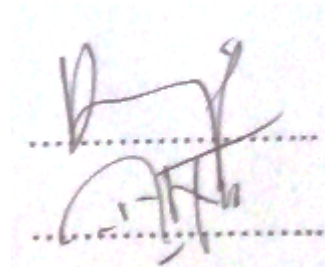
Hari, tanggal : Selasa, 16 Juli 2019

Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

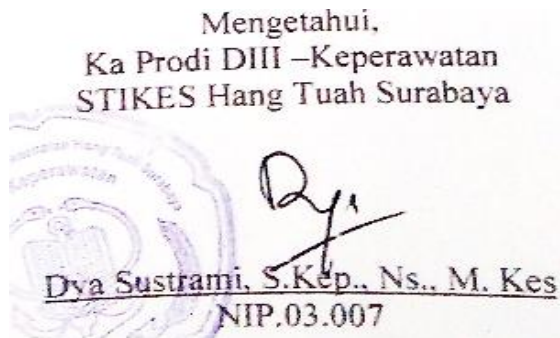
Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D-III
Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji : Dwi Priyantini, S.kep.,Ns.,M.Sc

Penguji II : Sifira Kristiningrum, S.Kep.,Ns



Mengetahui,
Ka Prodi DIII –Keperawatan
STIKES Hang Tuah Surabaya



Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M. Kes
NIP.03.007

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Pelaksanaan dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapatkan bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini pekenankan penulis mengucapkan banyak terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Ahmad Samsulhadi selaku Kepala Rumkital Dr.Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Ibu Wiwiek Liestyani, S.Kp., M.Kep selaku ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan penlis praktek di Rumkital Dr.Ramelan Surabaya, menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, K.Kep., Ns., M.Kes selaku kepala prodi D-III keperawatan yang selalu memberi motivasi penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Ibu Dwi priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc selaku pembimbing tenaga dan pikiran untuk memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusun karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Sifira Kristiningrum, S.Kep., Ns selaku pembimbing II yang dengan sabar dan ikhlas dalam memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak dan Ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaanpenulisan karya tulis ilmiah ini juga kepada tenaga adminitrasi yang ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi penulisan.
7. Sahabat – sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dpat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik seua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kata kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 16 Juli 2019

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan	3
1.4 Manfaat Penulisan	4
1.5 Metode Penulisan	5
1.6 Sistematiaka	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Anatomi Fisiologi	8
2.1.2 Pengertian Stroke	16
2.1.3 Etiologi	16
2.1.4 Klasifikasi	18
2.1.5 Manifestasi Klinis	19
2.1.6 Tanda dan Gejala	22
2.1.7 Patofisiologi	23
2.1.8 Komplikasi	24
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang	25
2.1.10 Faktor Terjadinya Stroke	28
2.1.11 Pencegahan	29
2.2 Konsep Penyakit	29
2.2.1 Pengertian	29
2.2.2 Perencanaan	38
2.2.3 Pelaksanaan	43
2.2.4 Evaluasi	43
2.3 Kerangka Masalah	44

BAB 3 TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian	45
3.1.1 Data Umum	45
3.1.2 Riwayat sakit dan Kesehatan	45
3.1.3 Pemeriksaan Fisik	46
3.1.4 Pemeriksaan Penunjang	49
3.1.5 Terapi Medis	50
3.1.6 Lembar Observasi	53
3.2 Diagnosa Keperawatan	54

3.2.1	Analisa Data	54
3.3	Prioritas Masalah.....	56
3.4	Rencana Keperawatan	57
3.5	Implementasi dan Evaluasi	61
 BAB 4 PEMBAHASAN		
4.1	Pengkajian	75
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	81
4.3	Perencanaan.....	83
4.4	Pelaksanaan	84
4.4	Evaluasi	85
 BAB 5 PENUTUP		
5.1	Kesimpulan	88
5.2	Saran.....	89
DAFTAR PUSTAKA		91

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Darah	49
Tabel 3.2 Pemberian Terapi	50
Tabel 3.3 Lembar Observasi 1	53
Tabel 3.4 Analisa Data.....	54
Tabel 3.5 Prioritas Masalah.....	56
Tabel 3.6 Rencana Keperawatan.....	57
Tabel 3.7 Implementasi dan Evaluasi	61
Tabel 3.8 Lembar Observasi hari ke 2	94
Tabel 3.9 Lembar Observasi hari ke 3	95

DAFTAR GAMBAR

Daftar Gambar 2.1 Pelindung Otak.....	12
Daftar Gambar 2.2 Bagian – bagian Otak.....	13
Daftar Gambar 2.3 Kerangka Masalah.....	44

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Hasil Foto CT - Scan	92
Lampiran 2 Hasil EKG (<i>Elektrokardiogram</i>)	93
Lampiran 3 Lembar Observasi 2	94
Lampiran 3 lembar observasi 3	95
Lampiran SOP ROM.....	96

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

CVA atau Cerebro Vaskuler Accident biasa dikenal oleh masyarakat dengan istilah stroke. Istilah ini lebih populer dari pada CVA. Kelainan ini terjadi pada organ otak. Lebih tepatnya adalah gangguan pembuluh darah otak. Berupa penurunan kualitas pembuluh darah otak. Stroke merupakan salah satu gangguan pada jaringan otak akibat kelainan kardiovaskular. Kelainan ini dapat disebabkan kondisi iskemik ataupun perdarahan (Departemen Bedah Saraf FKUI-RSCM, 2011). Penurunan kemampuan ini biasanya disebabkan stroke arteri serebral anterior atau media sehingga mengakibatkan infark pada bagian otak yang mengontrol (saraf motorik) dari bagian depan (Joyce and Janne, 2014).

Jumlah penyakit stroke di Indonesia tahun 2013 berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (Nakes) diperkirakan 1.236.825 orang (0.7%) , sedangkan berdasarkan diagnose Nakes / gejala di perkirakan sebanyak 2.137.941 orang (12.1%) berdasarkan diagnosis Nakes maupun diagnosis/gejala, provinsi jawa barat memiliki estimasi jumlah penderita terbanyak yaitu sebanyak 238.001 orang (7.4%) dan 533.895 orang (16.6%) sedangkan provinsi papua barat memiliki jumlah penderita paling sedikit yaitu sebanyak 2.007 orang (3.6%) dan 2.955 orang (5.3%) (Kementrian Kesehatan R.I, 2014). Stroke (CVA) merupakan penyakit yang menyerang siapapun dengan kejadian sangat mendadak dan merupakan salah satu penyebab kematian dan kecacatan neurologi utama di

Indonesia selain penyakit jantung dan kanker. Diperkirakan prevalensi stroke dipopulasi 47 per 10.000 yang umumnya mengalami kecacatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan stroke mengalami gangguan kongnitif (33%), gangguan ekstermitas (30%) dan gangguan bicara (27%) (Tarwoto, 2013).

Pada CVA infark sering terjadi dikarenakan benda asing yang berada pada pembuluh darah seperti udara, lemak, atau bakteri sehingga dapat menimbulkan konkulasi atau penyumbatan pada pembuluh darah ke otak apabila terjadi penyumbatan pembuluh darah akan muncul masalah keperawatan salah satunya adalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial ini terjadi karena adanya penyumbatan aliran darah otak didaerah coronaradiata dengan gejala penurunan kesadaran, refleks neurologis yang terganggu. Gangguan mobilitas fisik ini terjadi karena kekurangan suplai oksigen yang menuju ke otak yang akan menyebabkan kelemahan neuromuscular ekstremitas. Gangguan komunikasi verbal ini terjadi karena adanya penurunan sirkulasi serebral sehingga bagian-bagian otak tidak mendapat suplai oksigen dengan cukup sehingga nervus/refleks neurologis yang mensarafi sistem komunikasi terganggu biasanya dengan gejala afasia (tidak jelas dalam berbicara), saat ditanya menunjukkan respon yang tidak sesuai.

Pada penyakit CVA infark dapat di cegah dengan pola hidup sehat seperti makan makanan yang bergizi seperti sayur, buah dan ikan dengan olahraga yang teratur, dan tidak merokok, hindari penggunaan obat obat tertentu seperti aspirin dan obat antiplatelet. Pada seseorang yang sudah mengalami stroke dapat mengalami stroke berulang agar tidak terjadi stroke berulang cek rutin kesehatan dirumah sakit terdekat atau di puskesmas.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut perawatan pada pasien dengan stroke infark maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Stroke/CVA infark dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan Stroke/CVA Infark di ruang Icu Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark di ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

5. Mengevaluasi pasien dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1.4.1 Akademis

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark.

1.4.2 Non-akademis

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan kesehatan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark dengan baik.

2. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark

3. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah deskriptif, dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark melalui pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan hingga evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui anamnesa langsung dengan pasien, percakapan dengan keluarga pasien maupun dari tim kesehatan lain.

2. Observasi

Data yang diambil adalah melalui pengamatan yang secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

3. Pemeriksaan

Data didapatkan meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang untuk menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber data

1. Data Primer

Data primer penulis yang dapatkan dari pasien.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku, jurnal, e-book, serta beberapa sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas oleh penulis. Penulis mempelajari beberapa buku yang berhubungan dengan diagnosis medis CVA Infark.

1.6 Sitematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian yaitu:

1. Bagian awal

Memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar.

2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1 : Pendahuluan, berisis tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang kosep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis CVA Infark, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus berisis tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan CVA Infark. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit CVA Infark dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Penatalaksanaan dan Evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Anatomi Fisiologi Otak

Otak adalah suatu alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat komputer dari semua alat tubuh. Yang mengatur semua kegiatan di dalam aktivitas tubuh. Berat otak orang dewasa kira-kira 1400 gram mencapai 2% dari keseluruhan berat tubuh, mengkonsumsi 25% oksigen dan menerima 1,5% curah jantung. Setengah padat dan berwarna kelabu kemerahan. Otak dibungkus oleh tiga selaput otak (meningeal) dan dilindungi oleh tengkorak. Otak mengapung dalam suatu cairan untuk menunjang otak yang lembek dan halus. Cairan ini bekerja sebagai penyerap guncangan akibat pukulan dari luar terhadap kepala. (Setiadi, 2016). Perkembangan otak terletak pada rongga cranium (Tengkorak) berkembang dari sebuah tabung yang mulanya memperlihatkan tiga gejala

pembesaran otak awal, yaitu otak depan, otak tengah dan otak belakang.
(Setiadi, 2016)

1. Otak depan sebagai hemisfer serebri, korpus striatum, thalamus serta hipotalamus. Fungsi menerima dan mengintegrasikan informasi mengenai kesadaran dan emosi.
2. Otak tengah, mengkoordinir otot yang berhubungan dengan penglihatan dan pendengaran. Otak ini menjadi tegmentum, krus serebrium, korpus kuadrigeminus.
3. Otak belakang (pons) bagian otak yang menonjol kebanyakan tersusun dari lapisan fiber (berserat) dan termasuk sel yang terlibat dalam pengontrolan pernafasan.

Otak belakang ini menjadi :

- a. Ponsvarali, membantu meneruskan informasi
- b. Medulla oblongata, mengendalikan fungsi otomatis organ dalam (internal)
- c. Serebelum, mengkoordinasikan pergerakan dasar. (Setiadi, 2016)

Otak dilindungi oleh beberapa bagian yaitu kulit kepala, rambut, tulang tengkorak dan kolumna vertebral dan meningeal (selaput otak) lapisan meningeal terdiri dari Durameter, lapisan araknoid dan durameter, cairan serebrospinalis.:
(Setiadi, 2016)

Durameter yaitu lapisan terluar tebal yang terdiri dari dua lapisan. lapisan ini biasanya terus bersambung tetapi terputus pada beberapa sisi spesifik lapisan periosteal luar pada durameter melekat dipermukaan dalam cranium dan dan berperen sebagai periosteum dalam pada tulang tengkorak. lapisan meningeal

pembesaran otak awal, yaitu otak depan, otak tengah dan otak belakang.

(Setiadi, 2016)

4. Otak depan sebagai hemisfer serebri, korpus striatum, thalamus serta hipotalamus. Fungsi menerima dan mengintegrasikan informasi mengenai kesadaran dan emosi.
5. Otak tengah, mengkoordinir otot yang berhubungan dengan penglihatan dan pendengaran. Otak ini menjadi tegmentum, krus serebrium, korpus kuadrigeminus.
6. Otak belakang (pons) bagian otak yang menonjol kebanyakan tersusun dari lapisan fiber (berserat) dan termasuk sel yang terlibat dalam pengontrolan pernafasan.

Otak belakang ini menjadi :

- d. Ponsvarali, membantu meneruskan informasi
- e. Medulla oblongata, mengendalikan fungsi otomatis organ dalam (internal)
- f. Serebelum, mengkoordinasikan pergerakan dasar. (Setiadi, 2016)

Otak dilindungi oleh beberapa bagian yaitu kulit kepala, rambut, tulang tengkorak dan kolumna vertebral dan meningeal (selaput otak) lapisan meningeal terdiri dari Durameter, lapisan araknoid dan durameter, cairan serebrospinalis.:

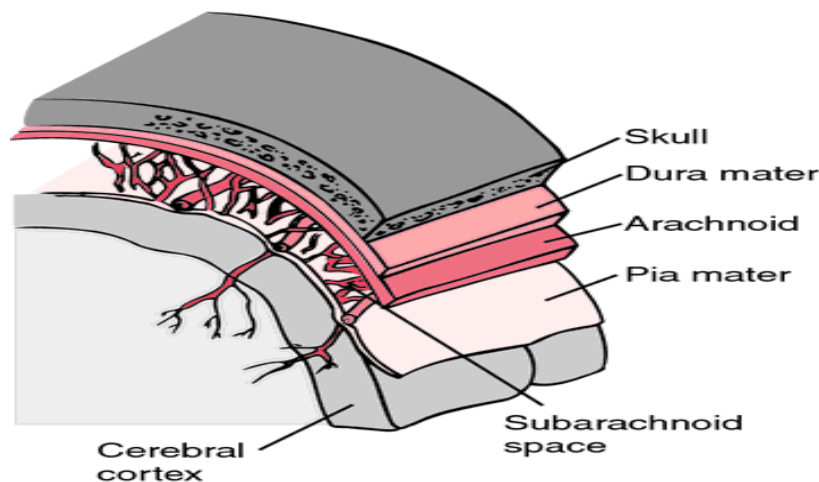
(Setiadi, 2016)

Durameter yaitu lapisan terluar tebal yang terdiri dari dua lapisan. lapisan ini biasanya terus bersambung tetapi terputus pada beberapa sisi spesifik lapisan periosteal luar pada durameter melekat dipermukaan dalam cranium dan dan berperan sebagai periosteum dalam pada tulang tengkorak. lapisan meningeal dalam pada :

1. Durameter tertanan sampai ke dalam fisura otak dan terlipat kembali di arahnya untuk membentuk falks serebrum dan tentorium serebelum dan sela diafragma. Ruang subdural memisahkan durameter dari araknoid pada regia cranial dan medulla spinalis. Ruang epidural adalah ruang potensial antara perioteal luar dan lapisan meningeal dalam pada durameter di regia medulla spinalis.
2. Araknoid, yaitu bagian yang terletak dibagian eksternal pia meter dan mengandung sedikit pembuluh darah. Ruang araknoid memisahkan lapisan araknoid dari pia meter dan mengandung cairan cerebrospinalis, pembuluh darah serta jaringan penghubung serta selaput yang mempertahankan posisi araknoid terhadap piameter dibawahnya.
3. Piameter, yaitu adalah lapisan terdalam yang halus dan tipis serta melekat erat dalam otak.

Diantara arachnoid dan Piameter disebut subrachnoid, yang berisi cairan serebrospinal dan pembuluh – pembuluh darah. Ruang subarachnoid dibawah L2 dinamakan sakus atau teka lumbalis, tempat dimana cairan serebrospinal diambil pada waktu fungsi lumbal. Cairan serebrospinal yang berada diruang subarachnoid merupakan salah satu proteksi untuk melindungi jaringan otak dan medulla spinalis terhadap trauma atau gangguan dari luar. Rata – rata cairan serebrospinal dibentuk sebanyak 0,35 ml/menit atau 500 ml/hari, sedangkan total volume cairan serebrospinal berkisaran 75-150 ml dalam sewaktu. Ini merupakan suatu kegiatan dinamis, berupa pembentukan, sirkulasi dan absorpsi. Untuk mempertahankan jumlah cairan serebrospinal tetap dalam sewaktu, maka cairan serebrospinal diganti 4-5 kali dalam sehari. Perubahan dalam cairan

serebrospinal dapat merupakan proses dasar patologi suatu kelainan klinik. Pemeriksaan cairan serebrospinal adalah suatu tindakan untuk menetapkan diagnose, mengidentifikasi organism penyebab serta dapat untuk melakukan test sensitivitas antibiotika.



Gambar 2.1

Pelindung Otak (*copyright pearson education, Inc. Publising as Benjamin cumings: 2003*)

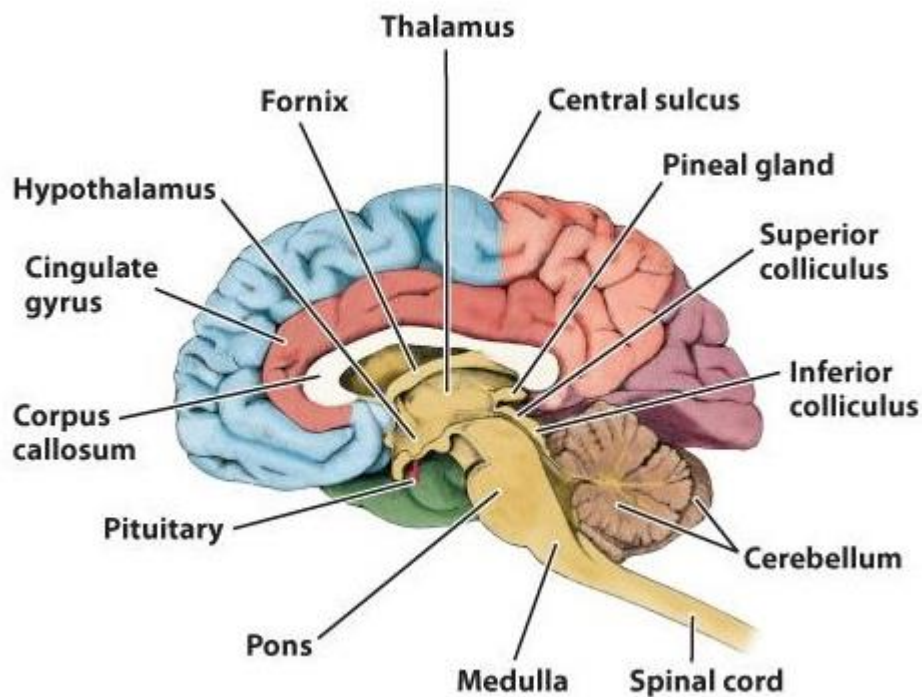
Cairan serebrospinal dibentuk dari kombinasi filtrasi kapiler dan sekresi aktif dari epitel. Cairan serebrospinal hampir menyerupai ultrafiltrat dari plasma darah tapi berisi konsentrasi Na, K, bikarbonat, cairan, glukosa yang lebih kecil dan klorida yang lebih tinggi dengan PH cairan serebrospinal lebih rendah dari darah. (Setiadi, 2016)

Cairan serebrospinal mempunyai fungsi yaitu : (Setiadi, 2016).

- a. Menyediakan keseimbangan dalam system saraf, dimana unsur – unsur pokok pada cairan serebrospinal berada dalam keseimbangan dengan cairan otak ekstraseluler, jadi mempertahankan lingkungan yang konstan terhadap sel – sel dalam system saraf.

- b. Menghantar makanan kesistem syaraf pusat
- c. Melindungi otak dan sumsum tulang belakang dari goncangan dan trauma.
- d. Sebagai buffer
- e. Mempertahankan tekanan intracranial. Dengan cara pengurangan cairan serebrospinalis dengan mengalirkan ke luar rongga tengkorak, baik dengan mempercepat pengalirannya melalui berbagai foramina, hingga mencapai sinus venosus atau masuk kedalam rongga subaracnoid lumbal.
- f. Mengalirkan bahan – bahan yang tidak diperlukan otak, seperti CO₂, laktat, dan ion hydrogen. (Setiadi, 2016).

Bagian dari otak secara garis besar terdiri dari : (Setiadi, 2016)



Gambar 2.2

Bagian – bagian Otak (*copy right pearson education, Inc. Publising as Benjamin Cumings:2003*)

1. Otak besar (cerebrum)

Berpasangan bagian atas dari otak kecil yang mengisi lebih dari setengah masa otak. Permukaannya berasal dari bagian yang menonjol dan lekukan Cerebrum di bagi dalam 4 lobus yaitu : (Setiadi, 2016)

- a. Lobus frontalis, menstimulasi pergerakan otot yang bertanggung jawab untuk proses berfikir, pusat fungsi intelektual yang lebih tinggi seperti kemampuan berpikir abstrak dan nalar motoric bicara, pusat penghirup, pusat pengonrolan gerakan volunteer di gyrus presentralis (area motoric primer).
- b. Lobus Parietalis merupakan area sensoris dari otak yang merupakan sensasi perabaan, tekanan, dan sedikit menerima perubahan temperature
- c. Lobus Occipitalis mengandung area visual yang menerima sensasi dari mata, berfungsi sebagai menginterpretasikan dan memproses rangsang penglihatan dari nervus optikus
- d. Lobus temporalis, mengandung area auditori yang menerima sensasi dari telinga dan berperan dalam pembentukan dan perkembangan emosi.

Area khusus otak besar (cerebrum) adalah :

- e. Somatic sensory, area yang menerima implus dari reseptor sensori tubuh yang terdiri dari area sensorik primer, dan visual primer, area auditori primer. Area olfaktori primer dan area pengecap primer.
- f. Primary motor, area yang mengirim implus ke otot skeletal area primar terdapat dalam girus presentral. Disini neuron mengedalikan sisi anterior

girus presentral. Neuron mengendalikan aktivitas motoric yang terlatih dan berulang seperti mengetik.

g. Brocas area yang terlibat dalam kemampuan bicara.

2. Otak depan (diachepalon)

Terletak diantara serebrum dan otak tengah yang tersembunyi di balik hermisfer serebral, terletak dibagian atas batang otak didepan mesenchepalon yang terdiri dari : (Setiadi, 2016)

- a) Thalamus, berfungsi untuk stasiun pemancar bagi implus yang sampai di otak dan medulla spinalis
- b) Hipotalamus, berfungsi sebagai pusat pengaturan suhu.
- c) Subtalamus, nucleus motoric ekstrapiramidal penting mempunyai hubungan nucleus rubra, substansia nigra dan globus palidus dari ganglia basalis
- d) Epitalamus adalah membentuk langit – langit tipis ventrikel telinga.

3. Otak tengah (mesencephalon)

Merupakan bagian otak pendek dan terkonriksi yang menghubungkan pons dan serebelum dan sereblum dan berfungsi sebagai jalur penghantar dan pusat refleks.

4. Otak belakang (hidrain: pons varolli, serebelum, medulla oblongata)

Otak tengah, pons dan medulla oblongata disebut sebagai batang otak. Batang otak (brain stem: mesenchepalon, pons, dan medulla oblongata)

5. Pons menghubungkan medulla yang panjang dengan berbagai bagian otak melalui pedunkulus serebral. Pusat respirasi

6. Medulla oblongata adalah sumsum lanjutan yang terletak langsung setelah otak dan dan menghubungkan dengan medulla spinalis.

7. Otak kecil (cerebellum)

Bagian otak yang terletak dibagian belakang otak besar. Berfungsi sebagai pusat pengaturan koordiansi gerakan yang disadari dan keseimbangan tubuh serta posisi tubuh. (Setiadi, 2016)

2.1.2 Pengertian Stroke

Stroke adalah kehilangan fungsi otak diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak, biasanya merupakan akumulasi penyakit serebrovaskular selama beberapa tahun (Ariani, 2012). Stroke merupakan sindrom klinis yang timbul mendadak, progresif cepat, serta berupa defisit neurologis lokal dan atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih. Selain itu juga dapat menimbulkan kematian yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non-traumatik (Ariani, 2012).

Cerebral Ventrikular Accident (CVA) infark adalah infark kecil berdiameter kurang dari 15 mm dan dakam yang disebabkan oleh oklusi arteri penentrans. Infark subkortikal tersebut terutama terletak pada ganglia basalis, talamus, kepala interna, korona radiata dan batang otak.

2.1.3 Etiologi

stroke biasanya diakibatkan dari salah satu empat kejadian yaitu sebagai berikut. (Ariani, 2012).

1. Trombosis serebral.

Arteriosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral yang merupakan penyebab umum dari stroke. Tanda-tanda trombosis serebral bervariasi. Sakit kepala adalah onset yang tidak umum. Beberapa pasien dapat mengalami pusing, perubahan kognitif, atau kejang, dan beberapa mengalami onset yang tidak dapat dibedakan dari hemoragik intraserebral atau embolisme serebral. Secara umum, trombosis serebral tidak terjadi dengan tiba-tiba, dan kehilangan bicara, hemiplegia, atau parestesia pada setengah tubuh dapat mendahului onset paralisis berat pada beberapa jam atau hari.

2. Embolisme serebral.

Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya sehingga merusak sirkulasi serebral. Onset hemiparisi atau hemipalgi tiba-tiba dengan afasia, tanpa afasia, atau kehilangan kesadaran pada pasien dengan penyakit jantung atau pulmonal adalah karakteristik dari embolisme serebral

3. Iskemia serebral

Iskemia serebral (insufisiensi suplai darah ke otak) terutama karena konstiksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak.

4. Hemoragi serebral.

a. Hemoragi ekstra dural (hemoragi epidural) adalah kedaruratan bedah neuro yang memerlukan perawatan segera. Keadaan ini biasanya mengikuti fraktur tengkorak dengan robekan arteri tengah dan arteri

meninges lain, dan pasien harus diatasi dalam beberapa jam cedera untuk mempertahankan hidup.

- b. Hemoragi subdural pada dasarnya sama dengan hemoragi epidural, kecuali bahwa hematoma subdural biasanya jembatan vena robek. Oleh karena itu, periode pembentukan hematoma lebih lama dan menyebabkan tekanan pada otak. Beberapa pasien mungkin mengalami hemoragi subdural kronik tanpa menunjukkan tanda atau gejala.
- c. Hemoragi subaraknoid dapat terjadi sebagai akibat trauma atau hipertensi, tetapi penyebab paling sering adalah kebocoran aneurisme pada area sirkulus Willisi dan malformasi arterikongenital pada otak.
- d. Hemorahi intra serebral adalah perdarahan substansi dalam otak, paling umum terjadi pada pasien dengan hipertensi dan aterosklerosis serebral di sebabkan oleh perubahan degeneratif karena penyakit ini biasa menyebabkan ruptur pembuluh darah. Biasanya onset tiba-tiba dengan sakit kepala berat. Bila hemoragi membesar makin jelas defisit neurologi yang terjadi dalam bentuk penurunan kesadaran dan abnormalitas pada tanda vital.

2.1.4 Klasifikasi Stroke

Gangguan peredaran otak atau stroke dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu non hemoragi/iskemi/infark dan stroke hemoragi. (Ariani, 2012)

1. Non hemoragi/iskemi/infark

- a) Serangan iskemi sepintas (Transient Ischemic Attack-TIA). TIA merupakan tampilan peristiwa berupa episode-episode serangan sesaat dari suatu disfungsi serebral fokal akibat gangguan vaskular, dengan lama serangan sekitar 2-15 menit sampai paling lama 24 jam
- b) Defisit Neurologis Iskemik Sepintas (Reversibel Ischemic Neurology Deficit – RIND). Tanda dan gejala gangguan neurologis yang berlangsung lebih lama dari 24 jam dan kemudian pulih kembali (dalam jangka waktu kurang dari 3 minggu)
- c) In Evolutional atau Progressing Stroke, gejala gangguan neurologis yang progresif dalam waktu 6 jam atau lebih.
- d) Stroke komplet (Completed Stroke /Permanent Stroke). Gejala dan gangguan neurologis dengan lesi-lesi yang stabil selama periode waktu 18-24 jam, tanpa adanya progresivitas lanjut.

2. Stroke Hemoragi

- a. Perdarahan intrakranial dibedakan berdasarkan tempat perdarahannya, yakni di rongga subaraknoid atau didalam parenkim otak (intraserebral). Ada juga perdarahan yang terjadi bersamaan pada kedua tempat diatas seperti: perdarahan subaraknoid yang bocor ke dalam otak atau sebaliknya. Selanjutnya gangguan-gangguan arteri yang menimbulkan perdarahan otak spontan dibedakan lagi berdasarkan ukuran dan lokasi. (Ariani, 2012)

2.1.5 Manifestasi Klinik

Menurut (Tarwoto, 2013) manifestasi klinis stroke adalah sebagai berikut :

1. 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 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.
2. Gangguan stabilitas pada satu atau lebih anggota badan. Gangguan stabilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik
3. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia
4. Afasia (kesulitan dalam berbicara) afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis, memahami bahasa. Afasia ini terjadi jika ada kerusakan area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika pada area broca yang terletak di lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak bisa mengungkapkan dan kesulitan mengungkapkan bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area wernicke yang terletak di daerah temporal. Pada afasia

ini pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan sehingga bicara tidak nyambung atau konheren. Pada afasi global pasien dapat merepson pembicaraan baik menerimamaupun merespon mengungkapkan pembicaraan

5. Disatria (bicara cadel atau pelo) merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disatria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga erjadi kelemahan dari otot bibir,lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalm memngunyah.
6. Gangguan penglihatan, diploopia.pasien dapat mengalami gangguan penglihatan atau pandnagn menjadi ganda. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau pariental yang dapat menghambat saraf optic pada korteks oksipital.
7. Disfagia, atau kesulitan menelan terjadi karena kersalakan nervus IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esofagus
8. Inkontinensia,baik bowel maupun bladder sering terjadi karena hal ini terjadi terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel
9. Vertigo, mual, muntal dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial,edema serbri

2.1.6 Tanda Dan Gejala Umum Stroke

Menurut (Tarwoto, 2013) Adapun beberapa tanda gejalanya adalah:

1. Aktifitas

Tanda: Gangguan tonus otot, paralitik (hemiplagia) terjadi kelemahan umum, gangguan penglihatan gangguan tingkat kesadaran.

Gejala: Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis, merasa mudah lelah, susah untuk istirahat.

2. Sirkulasi

Tanda: Frekuensi nadi dapat bervariasi (karena ketidakstabilan fungsi jantung), disritmia, perubahan EKG, desiran pada karotis.

Gejala: Adanya penyakit jantung, polisitemia.

3. Integritas ego

Tanda: Emosi yang labil dan tidak siap untuk marah, sedih, dan gembira, kesulitan mengekspresikan diri.

Gejala: Perasaan tidak berdaya atau tidak puas.

4. Eliminasi

Gejala: Perubahan pola berkemih.

5. Makanan

Gejala: Napsu makan hilang, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah pipi dan tenggorak, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak darah.

Tanda: Kesulitan menelan (gangguan pada reflek palatum dan faringeal), obesitas.

6. Neurosensori

Tanda: Status mental dan tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal, pada wajah terjadi paralisis, kehilangan kemampuan untuk mengenali, kehilangan kemampuan untuk menggunakan motorik saat pasien ingin bergerak.

Gejala: Pusing (sebelum seangan / selama TIA), sakit kepala, kesemutan, kebas, penglihatan menurun, hilangnya rangsangan sensorik, gangguan rasa pengecap dan penciuman.

2.1.7 Patofisiologi

Otak kita sangat sensitif terhadap kondisi penurunan atau hilangnya suplai darah. Hipoksia dapat menyebabkan iskemik serebral karena tidak seperti jaringan pada bagian tubuh lain, misalnya otot, otak tidak bisa menggunakan metabolisme anaerobik jika terjadi kekurangan oksigen atau glukosa. Otak diperfusi dengan jumlah yang cukup banyak dibanding dengan organ lain yang kurang vital untuk mempertahankan metabolisme serebral. Iskemik jangka pendek dapat mengarah kepada penurunan sistem neurologis sementara atau TIA. Jika aliran darah tidak diperbaiki, terjadi kerusakan yang tidak dapat diperbaiki, terjadi kerusakan yang tidak dapat diperbaiki pada jaringan otak atau infark bergantung pada lokasi dan ukuran arteri yang tersumbat dan kekuatan sirkulasi kolateral ke arah yang disuplai.

Iskemik dengan cepat bisa mengganggu metabolisme. Kematian sel dan perubahan yang permanen dapat terjadi dalam waktu 3-10 menit. Tingkat oksigen dasar klien dan kemampuan mengkompensasi menentukan seberapa cepat perubahan-perubahan yang tidak bisa diperbaiki akan terjadi. Aliran darah dapat

terganggu oleh masalah perfusi lokal, seperti pada stroke atau gangguan stroke secara umum, misalnya pada hipotensi atau henti jantung. Tekanan perfusi serebral harus turun dua pertiga bawah nilai norma (nilai tengah tekanan arterial sebanyak 50 mmHg atau dibawahnya dianggap nilai normal) sebelum otak tidak menerima aliran darah yang adekuat. Dalam waktu yang singkat, klien yang sudah kehilangan kompensasi autoregulasi akan mengalami manifestasi dari gangguan neurologis.

Penurunan perfusi serebral biasanya disebabkan oleh sumbatan di arteri serebral atau perdarahan intraserebral. Sumbatan yang terjadi mengakibatkan iskemik pada jaringan otak yang mendapatkan suplai dari darah arteri yang terganggu dan karena adanya pembengkakan di jaringan sekelilingnya. Sel-sel dibagian tengah atau utama pada lokasi stroke akan mati dengan segerasetelah kejadian stroke terjadi. Hal ini dikenal dengan istilah cedera sel-sel saraf primer (primary neuronal injury). Daerah yang mengalami hipoperfusi juga terjadi disekitar bagian utama yang mati. Bagian ini disebut penumbra ukuran dari bagian ini tergantung pada sirkulasi kolateral yang ada. sirkulasi kolateral merupakan gambaran pembuluh darah yang memperbesar sirkulasi pembuluh darah utama dari Perbedaan ukuran dan jumlah pembuluh darah kolateral dapat menjelaskan tingkat keparahan manifestasi stroke yang dialami klien (Joyce and Jane, 2014)

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi stroke menurut (Ariani, 2012) adalah sebagai berikut.

1. Komplikasi dini (0 - 48jam pertama).
 - a. Edema serebri

Defisit neurologis cenderung memberat, dapat mengakibatkan tekanan intrakranial, herniasi dan akhirnya menimbulkan kematian.

b. Infark miokard

Penyebab kematian mendadak pada stroke stadium awal.

2. Komplikasi jangka pendek (1-14 hari pertama).

a. Pneumonia: akibat mobilisasi lama.

b. Infark miokard.

c. Emboli paru: cenderung 7 – 14 hari pasca stroke, seringkali pada saat penderita mulai mobilisasi.

d. Stroke rekuren : dapat terjadi setiap saat.

3. Komplikasi jangka panjang

Stroke rekuren, infark miokard, gangguan vaskuler lain: penyakit vaskuler perifer.

Menurut smeltzer (2001) dalam Ariani (2012:52), komplikasi yang terjadi pada stroke yaitu sebagai berikut.

a. Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberikan oksigenasi.

b. Penurunan darah serebral.

c. Embolisme serebral.

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Ariani, 2012) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita stroke adalah sebagai berikut.

1. CT scan bagian kepala.

Pada stroke non-hemoragik terlihat adanya infark, sedangkan pada stroke hemoragik terlihat perdarahan.

2. Pemeriksaan lumbal pungsi.

Pada pemeriksaan lumbal pungsi untuk pemeriksaan diagnostik diperiksa kima sitologi, mikrobiologi, dan virologi. Disamping itu, dilihat pula tetesan cairan serebrospinal saat keluar baik kecepatannya, kejernihannya, warna, dan tekanan yang menggambarkan proses terjadi di intraspinal. Pada stroke non-hemoragik akan ditemukan tekanan normal dari cairan serebrospinal jernih. Pemeriksaan fungsi sisternal dilakukan bila tidak mungkin dilakukan pungsi lumbal. Prosedur ini dilakukan dengan superfisi neurolog yang telah berpengalaman.

3. Elektro kardiografi (EKG).

Untuk mengetahui keadaan jantung dimana jantung berperan dalam suplai darah ke otak.

4. Elektro Encephalografi.

Elektro encephalografi mengidentifikasi masalah berdasarkan gelombang otak, menunjukkan area lokasi secara spesifik

5. Pemeriksaan darah.

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui keadaan darah, kekentalan darah, jumlah sel darah, penggumpalan trombosit yang abnormal, dan mekanisme pembekuan darah.

6. Angiografi serebral.

Pada serebral angiografi membantu secara spesifik penyebab stroke seperti perdarahan atau obstruksi arteri, memperlihatkan secara tepat letak oklusi atau ruptur.

7. Magnetik resonansi imagine (MRI).

Menunjukkan darah yang mengalami infark, hemoragi, malformasi arterioir vena (MAV). Pemeriksaan ini lebih canggih dari CT scan.

8. **Ultrasasonografi dopler**

Ultrasasonografi dopler dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyakit MAV

2.1.10 Faktor Terjadinya Stroke

Menurut (Ariani, 2012) yang menentukan timbulnya manifestasi stroke dikenal sebagai faktor resiko stroke. Adapun factor - faktor tersebut adalah sebagai berikut.

1. **Hipertensi merupakan faktor resiko stroke yang potensial.**

hipertensi adalah Tekanan darah diatas normal dimana tekanan darah sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun penyempitan pembuluh darah otak (junaidi, 2011).

2. **Diabetes melitus merupakan faktor resiko terjadi stroke yaitu dengan peningkatan aterogenesis.**

3. **Penyakit jantung / kardiovaskuler berpotensi untuk menimbulkan stroke. Faktor resiko ini akan menimbulkan embolisme serebral yang berasal dari jantung.**

4. **Kadar hematokrit normal tinggi yang berhubungan dengan infark serebral.**

5. **Kontrtasepsi oral, peningkatan oleh hipertensi yang menyertai, usia diatas 35 tahun, perokok dan kadar estrogen tinggi.**

6. Penurunan tekanan darah yang berlebihan atau dalam jangka panjang dapat menyebabkan iskemik serebral umum.
7. Penyalahgunaan obat, terutama pada remaja dan dewasa muda.
8. Konsumsi alkoho.

2.1.11 Pencegahan

Menurut (Ariani, 2012) kematian dan deteriosasi neurologis minggu pertama stroke iskemia terjadi karena adanya edema otak. Edema otak timbul dalam beberapa jam setelah stroke iskemik dan mencapai puncaknya 24-96 jam. Edema otak mula-mula *cytofosis* karena terjadi gangguan pada metabolisme seluler kemudian terdapat edema vasogenik karena rusaknya sawar darah otak setempat. Untuk menurunkan edema otak, dilakukan hal-hal berikut ini.

1. Naikkan posisi kepala dan badan bagian atas setinggi 20-30°.
2. Hindarkan pemberian cairan intravena yang berisi glukosa atau cairan hipotonik.
3. Pemberian osmoterapi seperti berikut ini:
 - a. Bolus marital 1 gr/KgBB dalam 20-30 menit kemudian dilanjutkan dengan dosis 0,25 gr/KgBB setiap 6 jam sampai maksimal 48 jam. Target osmolaritas 300-320 mmol/liter.
 - b. Gliserol 50% oral 0,25 gr/KgBB setiap 4 atau 6 jam atau gliserol 10% intravena 10 ml/KgBB dalam 3-4 jam (untuk edema serebri ringan, sedang).
 - c. Furosemide 1 mg/KgBB intravena.

4. Intubasi dan hiperventilasi terkontrol dengan oksigen hiperbarik sampai $PCO_2 = 29-35\text{mmHg}$.
5. Tindakan bedah dikompresi perlu dikerjakan apabila terdapat supratentorial 8, dengan pengerasan linea mediana atau serebral infark disertai efek rasa.
6. Steroid dianggap kurang menguntungkan untuk terapi udara serebral karena disamping menyebabkan hiperglikemia juga naiknya resiko infeksi.

2.2. Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan untuk mengenal masalah klien, agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, pengelompokan data dan merumuskan tindakan keperawatan (Tarwoto, 2013)

a. Pengumpulan Data

Tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Data yang di kumpulkan dalam pengkajian ini meliputi bio-psiko-spiritual. Dalam proses pengkajian ada dua tahap yang perlu di lalui yaitu pengumpulan data dan analisa data.

1) Identitas Klien

Menurut (Padila, 2012) Usia diatas 55 tahun merupakan resiko tinggi terjadinya stroke, jenis kelamin laki – laki lebih tinggi 30 % di bandingkan wanita, kulit hitam lebih tinggi angka kejadiannya.

2) Keluhan Utama

Keluhan yang di dapatkan adalah gangguan motoric kelemahan anggota gerak setelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi , nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran.(Tarwoto, 2013)

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan , rasa lemah pada anggota gerak. Serangan stroke hemoragik sering sekali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpukan atau gangguan fungsi otak yang lain. (Tarwoto, 2013)

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipetensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes militus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama. Penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilator obat-obat adiktif dan kegemukan. (Tarwoto, 2013)

5) Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan anamnese yang mengarah pada keluhan klien pemeriksaan fisik berguna untuk mendukung data dari pengkajian anmnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara persistem (B1-B6) dengan focus

pemeriksaan fisik pada B3 (*Brain*) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan keluhan dari klien.

a) B1 (Breathing)

inspeksi biasanya di dapatkan pasien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi secret. (Tarwoto, 2013)

b) B2 (Blood)

Pengkajian pada system kardiovaskuler didapatkan renjatan (syok hipo volemik) yang sering terjadi pada pasien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masih (tekanan darah >200 mmHg). (Tarwoto, 2013)

c) B3 (Brain)

Menurut (Ariani, 2012) pasien stroke perlu dilakukan pemeriksaan lain seperti tingkat kesadaran, kekuatan otot, tonus otot, serta pemeriksaan radiologi dan laboratorium. Pada pemeriksaan tingkat kesadaran dilakukan pemeriksaan yang dikenal sebagai *Glascow Coma Scale* (GCS) untuk mengamati pembukaan kelopak mata, kemampuan bicara, dan tanggap motoric (gerakan).

Membuka mata : Membuka mata spontan : 4, Membuka dengan perintah : 3,
Membuka mata karena rangsang nyeri : 2, Tidak mampu membuka mata : 1
Kemampuan bicara : Orientasi dan pengertiann baik : 5, Pembicaraan yang kacau : 4, Pembicaraan tidak pantas dan kasar : 3, Dapat bersuara, merinntih : 2, Tidak

ada suara : 1, Tanggapan motoric : Menanggapi perintah : 6, Reaksi gerakan local terhadap rangsang : 5, Reaksi menghindar terhadap rangsang nyeri : 4, Tanggapan fleksi abnormal : 3 Sementara itu, untuk pemeriksaan kekuatan otot adalah sebagai berikut: Tidak ada kontraksi otot 0, Terjadi kontraksi otot tanpa gerakan nyata 1, Pasien hanya mampu menggeserkan tangan atau kaki 2 Mampu angkat tangan, tidak mampu menahan gravitasi 3, Tidak mampu menahan tangan pemeriksa 4, Kekuatan penuh 5

Menurut (Ariani, 2012) evaluasi masing-masing Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) menggunakan skala sebagai berikut. Mandiri keseluruhan 0, Memerlukan alat bantu 1, Memerlukan bantuan minimal 2, Memerlukan bantuan dan/atau beberapa pengawasan 3, Memerlukan pengaasan keseluruhan 4, Memerlukan bantuan total 5.

Fungsi – Fungsi Saraf Kranial :

1. Nervus Olfaktorius (N.I) : Penciuman
2. Nervus Optikus (N.II) : ketajaman penglihatan, lapang pandang
3. Nervus Okulomotorius (N.III): reflek pupil, otot ocular, eksternal termasuk otosis dilatasi pupil
4. Nervus Troklearis (N.IV) : gerakan ocular menyebabkan ketidakmampuan melihat kebawah dan kesamping.
5. Nervus Trigemini (N.V): fungsi sensori, reflek kornea, kulit wajah dan dahi, mukosa hidung dan mulut, fungsi motoric, reflek rahang.
6. Nervus Abdusen (N.VI) : gerakan ocular, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan ke bawah dan ke samping

7. Nervus Fasialis (N.VII) : fungsi motoric wajah bagian atas dan bawah, kerusakan akan menyebabkan asimetris wajah dan poresis.
8. Nervus Akustikus (N.VIII) : Tes saraf koklear, pendengaran, konduksi udara dan tulang
9. Nervus Glossofaringeus (N.IX) : reflek gangguan faringeal
10. Saraf fagus (N.X) : Bicara
11. Nervus Aesorius (N.XI) : kekuatan otot trapezius dan sternocleidomastoid, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan mengangkat bahu.
12. Nervus Hipoglossus (N.XII) : fungsi motoric lidak, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan menjulurkan dan menggerakkan lidah.

Menurut (Ariani, 2012) pemeriksaan pada penderita koma antara lain sebagai berikut.

- 1) Gerakan penduler tungkai.

Pasien tetap duduk di tepi tempat tidur dengan tungkai tergantung, kemudian kaki diangkat ke depan dan dilepas. Pada waktu dilepas akan ada gerakan penduler yang makin lama makin kecil dan biasanya berhenti 6 atau 7 gerakan. Beda pada rigiditas ekstra piramidal akan ada pengurangan waktu, tetapi tidak teratur atau tersendat-sendat.

- 2) Menjatuhkan tangan.

Tangan pasien diangkat kemudian dijatuhkan. Pada kenaikan tonus (hipertoni) terdapat penundaan jatuhnya lengan ke bawah. Sementara pada hipotomisitas jatuhnya cepat.

- 3) Tes menjatuhkan kepala.

Pasien berbaring tanpa bantal, pasien dalam keadaan relaksasi, mata terpejam. Tangan pemeriksa yang satu diletakkan di bawah kepala pasien, tangan yang lain mengangkat kepala dan menjatuhkan kepala lambat. Pada kaku kuduk (*nuchal rigidity*) karena iritasi meningeal terdapat hambatan dan nyeri pada fleksi leher.

e) B4 (Bladder)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinesia urin sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan control motoric dan postural. Kadang control sfingter urin eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermitan dengan teknik steril. Inkontinesia urin yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

f) B5 (Bowel)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai munta disebabkan karena peningkatakan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinesia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

g) B6 (Bone)

Stoke adalah penyakit UMN dan mengakibatkan kehilangan control volunter terhadap gerakan motoric. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan control motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas sisi yang berlawanan dari otak. Disfusi motoric

paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda decubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik.

Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoria atau paralisis atau hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

6) Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Ariani, 2012) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita stroke adalah sebagai berikut :

a) CT scan bagian kepala

Pada stroke non hemoragi terlihat adanya infark, sedangkan pada stroke hemoragi terlihat perdarahan. (Ariani, 2012)

b) Pemeriksaan Lumbal Pungsi

Pada pemeriksaan lumbal pungsi untuk pemeriksaan diagnostik, diperiksa kimia sitologi, mikrobiologi, dan virologi. Disamping itu, dilihat pula tetesan cairan serebrospinal saat keluar baik kecepatannya, kejernihannya, warna dan tekanan yang menggambarkan proses terjadi di intraspinal. Pada stroke non-hemoragi akan ditemukan tekanan normal dari cairan cerebrospinal jernih.

Pemeriksaan pungsi sisternal dilakukan bila tidak mungkin dilakukan pemeriksaan lumbal. (Ariani, 2012)

c) EKG

Untuk mengetahui keadaan jantung dimana jantung berperan dalam suplai darah ke otak. (Ariani, 2012)

d) Elektro Encephalo Grafi

Mengidentifikasi masalah berdasarkan gelombang otak, menunjukkan area lokasi secara spesifik. (Ariani, 2012)

e) Pemeriksaan Darah

Untuk mengetahui keadaan darah, kekentalan darah, jumlah sel darah, penggumpalan trombosit yang abnormal, dan mekanisme pembekuan darah. (Ariani, 2012)

f) Angiografi Serebral

Pada serebral angiografi membantu secara spesifik penyebab stroke seperti perdarahan atau obstruksi arteri, memperlihatkan secara tepat letak ruptur atau oklusi.

g) Magnetik Resonansi Imagine (MRI)

Menunjukkan darah yang mengalami infark, hemoragi, Malformasi Arterior Vena (MAV). pemeriksaan ini lebih canggih dibanding CT-SCAN.

h) Ultrasonografi Dopler

Ultrasonografi dopler dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyakit MAV menurut (Ariani, 2012), pemeriksaan sinar X kepala dapat menunjukkan

perubahan pada glandula pineal pada sisi yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi karotis internal yang dapat dilihat pada trombosis serebral, klasifikasi parsial pada dinding aneurisme pada perdarahan subaraknoid.

i) Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan di tetapkan berdasarkan analisa dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnose keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata (actual) dan kemungkinan akan terjadi (potensial) dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat. Adapun diagnosa yang muncul adalah Diagnosa Keperawatan (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016) :

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Edema serebral (stroke iskemik).
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, kelemahan, parestresia, paralisis.
3. Gangguan komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neurosmuskular, kelemahan umum.
4. Gangguan persepsi berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi,

5. Resiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan otot menelan dan mengunyah.

2.2.3 Perencanaan

Rencana asuhan keperawatan merupakan mata rantai antara penetapan kebutuhan klien dan pelaksanaan keperawatan. Dengan demikian perencanaan asuhan keperawatan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnose keperawatan. Rencana asuhan keperawatan disusun dengan melibatkan klien secara optimal agar dalam pelaksanaan asuhan keperawatan terjalin suatu kerja sama yang saling membantu dalam proses tujuan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien. Rencana keperawatan dari diagnosa keperawatan diatas adalah:

- a. Diagnosa keperawatan 1

Penurunan kapasitas adaptif intrakranial Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Edema serebral (stroke iskemik).

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi jaringan otak dapat tercapai secara optimal.

Kriteria hasil :

- 1) Tekanan systol dan dyastol dalam rentang yang diharapkan 120/80 mmHg.
- 2) Tidak ada ortostatik hipertensi
- 3) Tidak ada tanda-tanda peningkatan intrakranial.

Intervensi :

- 1) Berikan informasi kepada keluarga dengan rasional keluarga lebih berpartisipasi dalam proses penyembuhan
- 2) Catat respon pasien terhadap stimulasi dengan rasional mengetahui setiap perubahan yang terjadi pada pasien secara dini untuk penetapan tindakan yang tepat
- 3) Monitor tekanan intrakranial dan respon neurology terhadap aktifitas dengan rasional rangsangan aktifitas yang meningkat dapat meningkatkan TIK
- 4) Posisikan pasien pada posisi semi fowler dengan rasional mengurangi tekanan arteri dan meningkatkan sirkulasi serebral.

b. Diagnosa Keperawatan 2

Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan neurovaskular

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien akan memiliki mobilitas fisik yang maksimal

Kriteria hasil :

- 1) Tidak ada kontraktur otot
- 2) Tidak ada amkilosis pada sendi
- 3) Tidak terjadi penyusutan otot

Intervensi :

- 1) Kaji fungsi motorik dan sensorik dengan mengobservasi setiap ekstermitas terhadap kekuatan dan gerakan normal, respon terhadap rangsang
- 2) Ubah posisi pasien setiap 2 jam dengan rasioanal agar tidak terjadi kekauan pada Otot

- 3) Lakukan latihan ROM (pergerakan sendi) 4 x sehari dengan rasional lengan dapat menyebabkan nyeri dan keterbatasan pergerakan berhubungan dengan fibrosis sendi atau sublukasi
- 4) Lakukan latihan ditempat tidur, lakukan latihan kaki sebanyak 5 x sehari dengan rasional pasien hemiplegia dapat belajar menggunakan kakinya yang terkena kelumpuhan
- 5) Gunakan kursi roda bagi klien hemiplegia dengan rasional klien hemiplegia perlu latihan untuk belajar berpindah tempat dengan cara aman dari kursi, toilet, dan kursi roda.

c. Diagnosa Keperawatan 4

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan sirkulasi serebral.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien dapat berkomunikasi secara efektif

Kriteria Hasil :

1. Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal
2. Terhindar dari tanda tanda frustrasi
3. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar
4. Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain.

Intervensi :

- 1) Kaji dan catat status komunikasi pasien. Komunikasi yang cocok diperlukan untuk melakukan intervensi dengan rasional untuk mengetahui tingkat komunikasi verbal pasien

- 2) Dorong pasien yang mengalami disartria untuk berbicara pelan dan berkonsentrasi, dukung pasien untuk berbicara lebih pelan dan lebih keras, tanpa berteriak dengan rasional untuk memfasilitasi komunikasi yang lebih jelas dan mengurangi perasaan frustrasi
- 3) Gunakan frasa pendek dan sederhana dan pertanyaan ya atau tidak dengan rasional untuk mencegah frustrasi atau ansietas pasien terhadap komunikasi
- 4) Demonstrasikan kepada pasien dan anggota keluarga atau pasangan tentang teknik berkomunikasi (seperti isyarat, bahasa isyarat dan kedipan mata) dengan rasional untuk menegembangkan keterampilan komunikasi alternatif
- 5) Berikan waktu yang cukup bagi pasien untuk berespons. Jangan menjawab pertanyaan – pertanyaan untuk pasien dengan rasional tindakan ini menurunkan frustrasi untuk hambatan komunikasi
- 6) Kolaborasi dengan fisioterapi untuk latihan bicara dengan rasional melatih pasien belajar bicara secara mandiri dengan baik dan benar.

d. Diagnosa Keperawatan 4

Gangguan persepsi berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, intrasi, stress psikologis

Tujuan : Tidak ada gangguan persepsi.

Kriteria Hasil :

- 1) mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi persepsi
- 2) mendemonstrasikan tingkah laku untuk mengkompensasikan kekurangan

Intervensi :

1. Kaji kemampuan persepsi pasien dan penerimaan sensorik dengan rasional mengantisipasi defisit dan upaya perawatnya
2. Ciptakan lingkungan yang sederhana dan pindahkan alat – alat yang berbahaya dengan rasional menurunkan resiko cedera
3. Tempatkan barang pada tempat semula dengan rasional menghindari kebingungan
4. Orientasikan pasien pada lingkungan, staf dan prosedur tindakan berhubungan dengan menghindari kesalahan persepsi terhadap realitas
5. Bantu pasien dalam aktifitas dan mobilitas untuk mencegah injuri dengan rasional memenuhi kebutuhan sehari – hari dan mencegah injuri.

e. Diagnosa Keperawatan 5

Resiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan otot menelan dan mengunyah.

Tujuan : Tidak terjadi gangguan nutrisi.

Kriteria Hasil :

- 1) Berat badan dapat dipertahankan / ditingkatkan
- 2) Hb dan albumin dalam batas normal

Intervensi :

- 1) Tentukan kemampuan klien dalam mengunyah, menelan dan reflek batuk dengan rasional untuk menetapkan jenis makanan yang akan diberikan pada pasien.
- 2) Letakan posisi kepala lebih tinggi pada waktu makan dan sesudah makan dengan rasional agar pasien lebih mudah menelan karena gaya gravitasi

- 3) Stimulasi bibir untuk menutup dan membuka mulut secara manual dengan menekan ringan diatas bibir/ dibawah dagu jika dibutuhkan dengan rasional membantu dalam melatih kembali sensori dan meningkatkan kontrol muskuler.

2.2.4 Pelaksanaan

Tahap ini di lakukan pelaksanaan dan perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap pencanaan. (Muttaqin, 2012)

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus-menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukannya. (Muttaqin, 2012)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab 3 ini gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien Ny. K dengan diagnosis medis Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark di Ruang ICU Central, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 28 Juni 2019 pukul 08:00 wib sampai tanggal 30 Juni 2019 pukul 14.00 wib. Sumber data didapat rekam medis dan keluarga . Data yang didapat sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Umum

Pasien bernama Ny. K berjenis kelamin perempuan berumur 83 tahun beragama islam dengan diagnosis medis Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark di ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya sejak tanggal 28 Juni 2019 jam 08:00 wib

3.1.2 Riwayat sakit dan kesehatan

1. Keluhan utama

Data objektif pasien tanpa lemas dengan terpasang nasopharingeal airway (NPA) dan Kesadaran somnolen .

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang Ke IGD tanggal 27-6-2019 jam 00:19 wib diantar oleh anaknya menggunakan kendaraan pribadi/mobil, keluarga mengatakan Ny. K

mengalami penurunan kesadaran sejak 1 minggu yang lalu, pelo, lemah separuh badan, GCS : 335, tekanan darah : 122/74 mmHg, nadi : 56

\times /menit suhu : 36 \times /menit, SpO₂: 97%, pemasangan kateter No 14, dan dilakukan pemasangan NGT no 16 pasien mendapatkan terapi dari dr.imam,SpS, infus RL, Furtolit 2:1, Ceftriaxon dan meropenen, injeksi cefoprazon 3x1 Untuk obat dari Rumah sakit UA di lanjutkan Fenofibrat 1x300 mg, Allopurinol 1x300 mg, Miniaspi 1x80 ,simvastatin 1x20 mg, paracetamol 3x500 mg(k/p), pemeriksaan Laboratorium WBC : 8.16, RBC : 3.87, HGB : 12.1, HCT : 36.0, MCV : 93.2, MCH : 31.3, MCHC : 33.5, RDW_CV : 15.2, RDW_SD : 52.8, PLT : 179, MPV : 11.1, PDW : 16.0, PCT : 0.199, GDA : 155 mg/dL, BUN : 14 mg/dL, Kreatinine : 0.9 mg/dL, Natrium : 149.3 mmol/L, Kalium : 3.06 mmol/L, Clorida : 112.0 mmol/L. pada jam 07:00 pasien dipindahkan diruang 4 lantai 2, pada pukul 07:15 kesadaran pasien menurun Tekanan Darah : 143/76 mmHg, Suhu : 36 °C, Nadi : 69 \times /menit, RR: 22 \times /menit, SpO₂ :98 %, GCS : 334, Blus: 7, terpasang 3 lpm, pada jam 08:30 pasien dipindah Di ruangan ICU Central, pasien terpasang nasal kanul 3 Lpm, infus RL, SpO₂ :98%, Tekanan darah : 143/76 mmHg, Suhu : 36 °C, Nadi : 69 \times /menit, RR: 22 \times /menit, EWS:7.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga mengatakan Ny. K mempunyai riwayat penyakit hipertensi hiperkolesterol dan hiperuricemia.

4. Riwayat Alergi

Keluarga mengatakan Ny. K tidak memiliki alergi pada makanan ataupun obat.

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. B1 : (*Breathing*)

Bentuk dada Normochest, Pasien terpasang NPA, adanya secret di dalam mulut berwarna hijau, tidak ada bau pada secret, Frekuensi Nafas 25^x/menit, irama nafas regular, suara nafas vasikuler, adanya suara tambahan Ronkhi pada lapang paru kiri atas .

2. B2 : (*Blood*)

Tekanan darah 118/66 mmHg, nadi : 96^x/menit, suhu 36 °C, akral dingin, bunyi jantung S1S2 tunggal, konjungtiva anemis, terpasang infus tangan sebelah kanan hari ke 2, CRT <2 detik.

$$\text{MAP} : \left(\frac{2 \text{distole} + \text{systole}}{3} \right) = \left(\frac{132+110}{3} \right) = 83 \text{ mmHg}$$

(normal : 70-110)

3. B3 : (*Brain*)

Pasien mengalami penurunan kesadaran, GCS 315, reflek cahaya segala arah, pupil isokor, kesadaran somnolen.

Reflek Fisiologis :

Biceps : -/+ , Triceps: -/+, Patela -/+ , Babinsky: -/+ , Refleks achiles: -/+

Nervus Kranial Saat dilakukan pengkajian persarafan didapatkan kelemahan fisik pada ekstermitas atas dan bawah bagian kanan. Nervus Olfaktorius (N.I) tidak terkaji. Nervus Opticus (N.II) tidak terkaji. Nervus Okulomotorius (N.III) Pada kedua mata pasien mampu membuka mata. Nervus Trochlearis (N.IV) Pada kedua mata pasien mampu menggerakkan bola mata. Nervus Trigeminus (N.V) tidak terkaji. Nervus Abducens (N.IV) Pasien mampu menggerakkan bola matanya. Nervus Fasialis (N.VII) Wajah

pasien simetris, dapat membuka mata dengan stimulus tepukan dan suara. Nervus Akustikus (N.VIII) fungsi Pendengaran menurun. Nervus Glosfaringeus (N.IX) tidak terkaji. Nervus Vagus (N.X) saat pasien di ajak bicara dengan perawat pasien hanya diam. Nervus Asesorius (N.XI) Pasien kesulitan mengangkat lengan dan kaki bagian kanan. Nervus Hipoglosus (N.XII) tidak terkaji.

4. B4 : (*Bladder*)

Pasien terpasang kateter hari ke 2 Nomer 14, urine diukur setiap 3 jam sekali, urine kuning jernih , produksi urine dalam 3 jam 100 cc selama 24 jam urine pasien 500 cc, tidak terdapat distensi vesika urinaria.

5. B5 : (*Bowel*)

Mulut kering, sedikit kotor, membrane mukosa pucat, lidah sedikit kotor, tidak ada gigi, pasien terpasang NGT (Naso Gastro Tube) terpasang hari ke 2 dengan nomer 14, Diet susu 6 x/ 24 Jam/ 300 cc. tidak ada oedem pada abdomen, tidak ada pembesaran Hepar, tidak ada diare. Bising usus 10^x/menit.

6. B6 (*Bone*)

Tidak terdapat fraktur, Kemampuan bergerak terbatas. ROM terbatas pada anggota tubuh bagian kanan, persendian ekstermitas kanan tampak kaku.

Kekuatan Otot :

1111		5555
1111		4444

Ekstremitas Atas tangan kiri dapat mengenggam dan dapat digerakan dengan bebas, Tangan kanan tidak dapat digerakkan. Ekstremitas bawah kaki kiri dapat bergerak melawan tahanan tetapi kekuatannya berkurang kaki kanan tidak dapat digerakkan.

Adanya decubitus Panjang 2 cm kedalam 1 cm lebar 1 cm, grade 1, warna luka merah muda.

3.1.4 Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien Ny. K dengan diagnosis CVA Infark di ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Hari/ tanggal	Hasil pemeriksaan	Hasil	Hasil Normal
27-6-2019	WBC	6.16	4.00- 10.00
	RBC	3.87	3.50-5.50
	HGB	12.1	11.0-16.0
	HCT	36.0	37.0-54.0
	MCV	93.2	80.0-100.0
	MCH	31.3	27.0-34.0
	MCHC	33.5	32.0-36.0
	RDW_CV	15.2	11.0-16.0
	RDW_SD	52.8	35.0-56.0
	PLT	179	150-400
	MPV	11.1	7.0-11.0
	PDW	16.0	9.0-17.0

PCT	0.199%	0.108-0.282
GDA	155 mg/Dl	< 200
BUN	14 mg/Dl	10-24
Kreatinin	0.9 mg/Dl	0.6-1.5
Natrium	149.3 mmol/L	135-147.0
Kalium	3.06 mmol/L	3.00-5.00
Chlorida	112.0 mmol/L	95.0-105.0

3.1.5 Lembar Pemberian Terapi Medis

Tabel 3.2 lembar pemberian terapi pada pasien Ny. K dengan diagnosis CVA Infark di ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Hari / tanggal	Medikasi	Dosis	Indikasi
28-6-2019	Cefoprazone	3x1gram	Obat antibiotik sefalosporin yang digunakan untuk menangani infeksi karena bakteri
	Fenotibrate	300 gram 1x1	Obat yang digunakan bersama dengan diet yang tepat dengan fungsi untuk membantu menurunkan kolestrol jahat dan lemak (seperti LDL, trigliserin) dan meningkatkan kolestrol baik (HDL)
	Allopurinol	300 gram 1x1	Obat yang digunakan untuk menurunkan kadar asam urat didalam darah
	Miniaspi	80 gram 1x1	Obat ini digunakan untuk mencegah agregasi platelet atau pembekuan darah pada pembuluh darah

			(trombosis)
	Simvastatin	2 gram 1x1	Obat yang digunakan untuk menurunkan kolestrol dan lemak jahat seperti LDL
29-6-2019	Cefoprazone	3x1gram	Obat antibiotik sefalosporin yang digunakan untuk menangani infeksi karena bakteri
	Citicolin	2x200 gram	Obat yang bekerja dengan cara meningkatkan senyawa kimia otak phospholipid phosphatidylcholine
	Fenotibrate	300 gram 1x1	Obat yang digunakan bersama dengan diet yang tepat dengan fungsi untuk membantu menurunkan kolestrol jahat dan lemak (seperti LDL, trigliserin) dan meningkatkan kolestrol baik (HDL)
	Allopurinol	300 gram 1x1	Obat yang digunakan untuk menurunkan kadar asam urat didalam darah
	Miniaspi	80 gram 1x1	Obat ini digunakan untuk mencegah agregasi platelet atau pembekuan darah pada pembuluh darah (trombosis)
	Simvastatin	2 gram 1x1	Obat yang digunakan untuk menurunkan kolestrol dan lemak jahat seperti LDL
30-6-2019	Cefoprazone	3x1gram	Obat antibiotik sefalosporin yang digunakan untuk menangani infeksi karena bakteri

Citicolin	2x200 gram	Obat yang bekerja dengan cara meningkatkan senyawa kimia otak phospholipid phosphatidylcholine
Fenotibrate	300 gram 1x1	Obat yang digunakan bersama dengan diet yang tepat dengan fungsi untuk membantu menurunkan kolestrol jahat dan lemak (seperti LDL, trigliserin) dan meningkatkan kolestrol baik (HDL)
Allopurinol	300 gram 1x1	Obat yang digunakan untuk menurunkan kadar asam urat didalam darah
Miniaspi	80 gram 1x1	Obat ini digunakan untuk mencegah agregasi platelet atau pembekuan darah pada pembuluh darah (trombosis)
Simvastatin	2 gram 1x1	Obat yang digunakan untuk menurunkan kolestrol dan lemak jahat seperti LDL

3.2 Diagnosa Keperawatan

3.2.1 Analisa Data

Tabel 3.4 analisa data pada pasien Ny. K dengan diagnosis CVA Infark di Ruang ICU CENTRAL Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

No	Data / Faktor Resiko	Etiologi	Masalah
1	<p>Ds : -</p> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tanpa lemas 2. Pasien terpasang NPA tanggal 28 -6 – 2019 3. Adanya secret di dalam mulut berwarna hijau kental, tidak berbau 4. Frekuensi Nafas 25^x/menit 5. Irama nafas regular 6. suara nafas vasikuler 7. Adanya suara nafas tambahan ronkhi pada lapang paru sebelah kiri bagian atas. 	Sekresi yang tertahan	<p>Bersihkan jalan nafas tidak efektif</p> <p>(SDKI, Hal 18)</p>
2	<p>Ds : -</p> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak terdapat fraktur 2. Kemampuan bergerak terbatas. 3. ROM terbatas pada anggota tubuh bagian kanan, persendian ekstermitas kanan tampak kaku <p><u>1111 5555</u> <u>1111 4444</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekstremitas Atas tangan kiri dapat mengenggam dan dapat digerakan dengan bebas, - Tangan kanan tidak dapat digerakkan. - Ekstremitas bawah kaki kiri dapat bergerak melawan tahanan tetapi kekuatannya 	Penurunan kekuatan otot	<p>Mobilitas Fisik</p> <p>(SDKI, Hal 124)</p>

	berkurang - kaki kanan tidak dapat digerakkan.		
3	Ds : - Do : 1. Pasien tanpa lemas 2. Kesadaran Somnolen 3. GCS 315 4. Nervus Vagus (N.X) Saat pasien di ajak berbicara dengan perawat pasien hanya diam 5. Tidak ada respon untuk berbicara	Gangguan neuromuscular	Gangguan komunikasi Verbal (SDKI, Hal 264)
4	Ds :- Do : 1. Adanya luka decubitus Panjang 2 cm kedalam 1 cm lebar 1 cm grade 1. Luka bewarna merah muda, grade 1 2. tidak ada oedem,	Penurunan Mobilitas	Gangguan integritas kulit. (SDKI, Hal 282)

3.3 Prioritas Masalah

Tabel 3.5 prioritas masalah pada pasien pasien Ny. K dengan diagnosis CVA Infark diruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

No	Diagnosa Keperawatn	Tanggal	Nama Perawat
		Ditemukan	Teratasi

1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif (SDKI, Hal 18)	28-06-2019	Masalah teratasi	VIRDA
2.	Mobilitas Fisik (SDKI, Hal 18)	28-06-2019	Masalah sebagian teratasi	VIRDA
3.	Gangguan komunikasi Verbal (SDKI, Hal 264)	28-06-2019	Masalah belum tertasi	VIRDA

3.4 Rencana Keperawatan

Tabel 3.6 rencana keperawatan pada pasien Ny. K dengan diagnosis CVA Infark di ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

No Dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Bersihan jalan nafas tidak efektif (SDKI, Hal 18)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan bersihan jalan nafas efektif dengan kriteria hasil sebagai berikut : 1. Pasien dapat mengeluarkan sputum secara mandiri seperti menggunakan tissue) 2. Saturasi oksigen dalam batas normal 90 – 100 %.	1. Monitor Tanda – tanda Vital setiap 1 jam. 2. Monitor bunyi nafas tambahan 3. Monitor sputum (warna, aroma) setiap 2 jam sekali 4. Lakukan suction kurang lebih dari 15 detik 5. Posisikan semi Fowler (SIKI, Hal 187)	1. Untuk mengetahui perkembangan sttus kesehatan pasien 2. Untuk mengetahui tindakan intervensi selanjutnya yang akan dilakukan. 3. Untuk mengetahui seberapa banyak sputum yang tertahan di jalan nafas. 4. Mempermuda mengeluarkan secret. 5. Untuk menstimulasi batuk dan membersihkan jalan nafas.

		<p>3. Frekuensi nafas dalam batas normal 16-20^x/menit (Menurut Depkes)</p> <p>4. Tidak ada suara nafas tambahan</p> <p>5. Tidak ada dyspnea</p> <p>6. Tidak ada sianosis (Nanda NIC- NOC, Hal 305)</p>		
2	Mobilitas Fisik (SDKI, Hal 182)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak ada gangguan mobilitas fisik dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <p>1. Kemampuan Otot Bertambah.</p>	<p>1. Monitor kekuatan Otot</p> <p>2. Ubah posisi pasien setiap 2 jam</p> <p>3. Berikan atau bantu pasien untuk melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif</p> <p>4. Libatkan keluarga untuk membantu dalam meningkatkan pergerakan</p>	<p>1. Untuk mengetahui peningkatan kekuatan otot</p> <p>2. Menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan akibat sirkulasi darah yang jelek pada daerah yang tertekan</p> <p>3. Dapat meningkatkan kemampuan pasien untuk melakukan rentang gerak aktif dan pasif</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Tidak terjadi kontraktur sendi 3. Pasien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas 		<ol style="list-style-type: none"> 4. agar dapat mempercepat kesembuhan pasien dan pasien dapat melakukan aktifitas sesuai kemampuannya
3	<p>Gangguan komunikasi Verbal (SDKI, Hal 264)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien tidak ada gangguan komunikasi verbal dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GCS Normal 456 2. Pasien mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal 3. Pasien dapat meningkatkan komunikasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kemampuan komunikasi 2. Pertahankan kontak mata saat berkomunikasi 3. Ajarkan pasien menyebutkan kata – kata sederhana seperti nama dirinya sendiri dan keluarga dll. 4. Edukasi keluarga / pasien agar tetap memberika stimulus komunikasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mengetahui tingkat kemampuan komunikasi 2. Pasien dapat memperhatikan ekspresi dan gerakan bibir lawan bicara sehingga dapat mudah menginterpretasikan 3. Untuk mempermudah penerimaan pasien 4. Keluarga adalah sebagai system pendukung utama

		<p>dalam bicara seperti mengucapkan 2 kata atau 3 kata</p> <p>4. tidak ada afasia</p> <p>5. pasien dapat mempertahankan komunikasi</p>		
--	--	--	--	--

3.4 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.7 implementasi dan evaluasi pada pasien Ny. K dengan diagnosis CVA Infark di Ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

No Dx	Tgl/jam	Tindakan	TT	Tgl/jam	Catatan perkembangan	TT
1	28-6-2019 Dinas Pagi 07.00 07:15	Operan dengan sift malam - Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 110/80 mmHg, Nadi : 82 ^x /menit, RR : 25 ^x /Menit, Suhu : 36 ^o C - Memonitoring sputum Adanya sputum pada mulut pasien berwarna hijau , kental, tidak berbau - Memonitoring bunyi nafas tambahan Pada lapang paru bagian kiri atas	VIRDA	28-6-2019 13:00	Diagnosa Keperawatan 1 S : - O : 1. Pasien belum bisa mengeluarkan sputum secara mandiri . 2. SpO2 98 % 3. Frekuensi Nafas 19 ^x /menit 4. Tidak ada suara nafas tambahan 5. Tidak ada dyspnea A : Masalah sebagian teratasi	VIRDA

1	07:25	<p>terdengar suara ronkhi</p> <p>- Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 131/90 mmHg, Nadi : 76^x/menit, RR : 23^x/Menit, Suhu : 36^oC</p>		13:30	P : intervensi dilanjutkan 1,2,3,4
2		<p>- Kaji Kemampuan Otot</p> <p><u>1111 5555</u> <u>1111 4444</u></p>			Diagnosa Keperawatan 2
2	08:00	<p>- Mengubah posisi pasien setiap 2 jam sekali Miring kanan dan miring kiri</p>			<p>1. Kemampuan Otot</p> <p><u>1111 5555</u> <u>1111 4444</u></p>
2		<p>- Melatih pasien latihan gerak aktif dan pasif Mengajarkan gerak abduksi, adduksi, fleksi, rotasi</p>			<p>2. Terjadi kontraktur sendi pada kaki dan tangan sebelah kanan</p>
2	08:15	<p>- Melibatkan keluarga pasien dalam latihan mobilitas fisik</p>			<p>3. Pasien tidak menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas</p>
1		<p>- Memonitoring Tanda – Tanda</p>		14:00	A : Masalah belum teratasi

3	08:20	<p>Vital Tekanan Darah : 130/87 mmHg, Nadi:84^x/menit, RR : 24^x/Menit, Suhu : 36^oC</p>			<p>P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4</p>	
3	08:30	<p>- Mengkaji kemampuan komunikasi pasien Saat pasien diajak berbicara dengan perawat pasien hanya diam</p>			<p>Diagnosa Keperawatan 3</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GCS 315 2. Saat pasien diajak berbicara dengan perawat pasien hanya diam 3. Adanya afasia 4. pasien belum bisa berkomunikasi 	
1	08:40	<p>- Edukasi keluarga pasien untuk memberikan stimulus komunikasi</p>			<p>A : Masalah belum teratasi</p>	
1	09:00	<p>- Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 140/80 mmHg, Nadi:80^x/menit, RR : 24^x/Menit, Suhu : 36^oC</p>			<p>P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4</p>	

2	09:10	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 130/80 mmHg, Nadi:80^x/menit, RR : 24^x/Menit, Suhu : 36^oC 				
1						
1		<ul style="list-style-type: none"> - Mengubah posisi pasien miringkanan dan miring kiri 				
1						
1		<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring adanya sputum Adanya sputum berwarna putih 				
1		<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan penghisapan suction Adanya sputum berwarna hijau, tidak berbau. 				
	10:00	<ul style="list-style-type: none"> - Memosisikan Semi Fowler 				
		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitoring Tanda – Tanda Vital 				

2 1		Tekanan Darah : 133/80 mmHg, Nadi:80 ^x /menit, RR : 19 ^x /Menit, Suhu : 36 ^o C				
	11:00	- Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 126/88 mmHg, Nadi:79 ^x /menit, RR : 19 ^x /Menit, Suhu : 36 ^o C				
	11.10	- Mengubah posisi pasien miringkanan dan miring kiri				
	11:30	- Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 130/71 mmHg, Nadi:80 ^x /menit, RR : 19 ^x /Menit, Suhu : 36 ^o C				
	11:50					

	11:55					
	12:00					
	13:00					

	13:10					
	14.00					
	29-6-2019	Operan dengan sift malam		29-6-2019	Diagnosa Keperawatan 1	

	Dinas Pagi				
1	07:00	- Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 110/80 mmHg, Nadi : 92 ^x /menit, RR : 24 ^x /Menit, Suhu : 36 °C		13:30	S : - O :
1	07:15	- melakukan suction kepada pasien Adanya sputum bewarna putih kental			1. Pasien belum bisa mengeluarkan sputum secara mandiri . 2. SpO2 98 % 3. Frekuensi Nafas 19 ^x /menit 4. Tidak ada suara nafas tambahan 5. Tidak ada dyspnea
1		- Memonitoring bunyi nafas tambahan Tidak ada suara nafas tambahan			A : Masalah sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan 1,2,3,4
1	07:25	- Memberikan posisi semi fowler Tidak ada suara nafas tambahan		13:50	Diagnosa Keperawatan 2
		- Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 131/90 mmHg,			

2	07:30	Nadi : 80 ^x /menit, RR : 20 ^x /Menit, Suhu : 36 ^o C			S: -	
2	08:00	- Kaji Kemampuan Otot <u>1111 5555</u> 1111 4444			O:	
2		- Mengubah posisi pasien setiap 2 jam sekali Miring kanan dan miring kiri			1. Kemampuan Otot bertambah	
2	08:15	- Melatih pasien latihan gerak aktif dan pasif Mengajarkan gerak abduksi, adduksi, fleksi, rotasi			<u>1111 5555</u> 1111 5555	
2	08:20	- Melibatkan keluarga pasien dalam latihan mobilitas fisik - Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 130/80 mmHg, Nadi:80 ^x /menit, RR : 19 ^x /Menit, Suhu : 36 ^o C			2. Tidak terjadi kontraktur sendi pada tangan kiri dan kaki kiri. Adanya kontraktur sendi pada tangan dan kaki sebelah kanan	
					3. Pasien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas	
					A : Masalah teratasi sebagian	

3		- Mengkaji kemampuan komunikasi pasien Saat pasien diajak berbicara dengan perawat pasien hanya diam		14:00	P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4	
3	08:50	- Mengedukasi keluarga pasien untuk memberikan stimulus komunikasi			Diagnosa Keperawatan 3	
1	08:55	- Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 140/80 mmHg, Nadi:80 ^x /menit, RR : 24 ^x /Menit, Suhu : 36 ^o C			S : -	
2	09:00	- Mengubah posisi pasien setiap 2 jam sekali Miring kanan dan miring kiri			O :	
1	09:10	- Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 125/80 mmHg, Nadi:90 ^x /menit, RR : 20 ^x /Menit,			- Pasien tidak ada tanda tanda frustrasi - Pasien belum bisa mengkomunikasikan kebutuhan dasar - Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain. - Pasien masih kesulitan dalam berbicara - pasien belum bisa	

3		Suhu : 36 °C			berkomunikasi	
1		- Pertahankan kontak mata saat berkomunikasi			A : Masalah belum teratasi	
1	09:15	- Mengajarkan pasien menyebutkan kata – kata sederhana seperti nama sendiri dan keluarga			P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4	
1		- Monitoring adanya sputum Adanya sputum berwarna putih				
1	10:00					
1		- Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 130/80 mmHg, Nadi:80 ^x /menit, RR : 19 ^x /Menit, Suhu : 36 °C				
1	10:30					
2						

1	11:00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 126/88 mmHg, Nadi:75 ^x /menit, RR : 19 ^x /Menit, Suhu : 36 ^o C				
		<ul style="list-style-type: none"> - Mengubah posisi pasien setiap 2 jam sekali Miring kanan dan miring kiri				
	11:05	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 130/71 mmHg, Nadi:80 ^x /menit, RR : 19 ^x /Menit, Suhu : 36 ^o C				
	11:15					

	12:00					
	13:00					
	13:30					

	14.00					
--	-------	--	--	--	--	--

1	30-6-2019 Dinas Pagi 07:00	Operan Dengan sift malam - Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 126/88 mmHg, Nadi:79 ^x /menit, RR : 19 ^x /Menit, Suhu : 36 ^o C		13:30	Diagnosa Keperawatan 1 S : - O : 1. Pasien belum bisa mengeluarkan sputum secara mandiri . 2. SpO2 98 % 3. Frekuensi Nafas 19 ^x /menit 4. Tidak ada suara nafas tambahan 5. Tidak ada dyspnea A : Masalah sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan 1,2,3,4	
1	07:20	- Melakukan suction kepada pasien Adanya sputum bewarna putih sedikit encer				
1	07:30	- Memonitoring bunyi nafas tambahan Tidak ada suara nafas tambahan				
1	07:40	- Memberikan posisi semi fowler				
1	08:00	- Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 130/87 mmHg, Nadi:84 ^x /menit, RR : 24 ^x /Menit,		13:40	Diagnosa Keperawatan 2 S: -	

		Suhu : 36 °C			O:	
3	08:15	- Mengkaji kemampuan komunikasi pasien Saat pasien diajak berbicara dengan perawat pasien bicara dengan tidak jelas/pelo			1. Kemampuan Otot bertambah	
3	08:30				$\begin{array}{r l} 2222 & 5555 \\ \hline 2222 & 5555 \end{array}$	
1	09:00	- Edukasi keluarga pasien untuk memberikan stimulus komunikasi			2. Tidak terjadi kontraktur sendi pada tangan kiri dan kaki kiri. Adanya kontraktur sendi pada tangan dan kaki sebelah kanan	
2	09:05	- Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 140/80 mmHg, Nadi:80 ^x /menit, RR : 24 ^x /Menit, Suhu : 36 °C			3. Pasien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas	
		- Mengkaji kekuatan otot		14:00	A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4	

2	09:15	<u>1111</u> <u>5555</u> <u>1111</u> <u>5555</u>			Diagnosa Keperawatan 3	
1	09:20	- Mengubah posisi pasien miringkanan dan miring kiri			S : - O :	
1	10.00	- Monitoring adanya sputum Adanya sputum bewarna putih			a. Pasien tidak ada tanda tanda frustasi b. Pasien belum bisa mengkomunikasikan kebutuhan dasar	
2	10:05	- Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 133/80 mmHg, Nadi : 80 ^x /menit, RR : 19 ^x /Menit, Suhu : 36 °C			c. Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain. d. Pasien masih kesulitan dalam berbicara e. pasien belum bisa berkomunikasi	
1	11.00	- Melatih pasien latihan gerak aktif dan pasif Mengajarkan gerak abduksi, adduksi,			A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4	

2	11:30	fleksi, rotasi				
1	12:00	- Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 126/88 mmHg, Nadi:79 ^x /menit, RR : 19 ^x /Menit, Suhu : 36 ^o C				
3	12:15	- Mengubah posisi pasien miringkanan dan miring kiri				
1	13:00	- Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 130/71 mmHg, Nadi : 80 ^x /menit, RR : 19 ^x /Menit, Suhu :36				
1	14:00	- Mengajarkan pasien menyebutkan kata – kata sederhana - Pertahankan kontak mata saat berkomunikasi - Memonitoring Tanda – Tanda Vital				

		<p>Tekanan Darah : 130/71 mmHg, Nadi : 80 ^x/menit, RR : 19 ^x/Menit, Suhu :36</p> <p>- Memonitoring Tanda – Tanda Vital</p> <p>Tekanan Darah : 130/71 mmHg, Nadi : 80 ^x/menit, RR : 19 ^x/Menit, Suhu :36</p>				
--	--	---	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antar tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Ny. K dengan diagnosa medis CVA Infark di ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi.

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. K dengan diagnosa medis CVA Infark di ruang ICU Central Rumkital Dr.Ramelan Surabaya.

4.1. Pengkajian

Pengkajian adalah pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisanya (Manurting, 2011).

Pada tahap pengumpulan data , penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pengkajian kasus didapatkan data pasien adalah seorang perempuan berumur 83 tahun. Menurut (Padila, 2012) Usia diatas 55 tahun merupakan resiko tinggi terjadinya stroke, jenis kelamin laki – laki lebih tinggi 30 % di bandingkan wanita, kulit hitam lebih tinggi angka kejadiannya. Menurut penulis dikarenakan gaya hidup yang tidak sehat.

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

Keluhan utama pada Ny. K pada saat CVA Infark adalah Data objektif Pasien terpasang NPA dengan kesadaran somnolen. Menurut (Tarwoto, 2013) Keluhan yang di dapatkan adalah gangguan motoric kelemahan anggota gerak setelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi , nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran. menurut penulis kesadaran menurun di sebabkan karena terganggunya pada system saraf yang diakibatkan penyumbatan pembuluh darah.

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit pasien ditemukan pada tanggal 27 – 6 – 2019 pasien dibawa ke IGD oleh keluarganya dengan penurunan kesadaran sudah 1 minggu yang lalu, pelo lemah separuh badan. Hal ini seperti yang dijelaskan menurut (Tarwoto, 2013) Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan , rasa lemah pada anggota gerak. Serangan stroke hemoragik sering sekali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpukan atau gangguan fungsi otak yang lain.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan mempunyai riwayat penyakit hiperkolesterol dan hiperuricema sejak 2 tahun yang lalu. Pada bulan maret 2019 pasien kontrol di rumah sakit Universitas Airlangga untuk penyakit hiperkolesterol dan hiperuricema , Pada tanggal 27 juni 2019 pasien mengalami penurunan kesadaran, lemah separu badan dan pelo dan dibawa Ke Rumah sakit Dr. Ramelan Surabaya Menurut (Tarwoto, 2013) Adanya riwayat hipetensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes militus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama. Penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilator obat-obat adiktif dan kegemukan.

Pemeriksaan Persistem

1. B1 (*Breathing*)

Pengkajian pemeriksaan didapatkan Pada Ny. K Bentuk dada Normochest, Pasien terpasang NPA, adanya secret di dalam mulut berwarna hijau, tidak ada bau pada secret, Frekuensi Nafas 25 ^x/menit, irama nafas regular, suara nafas vasikuler, adanya suara tambahan Ronkhi pada lapang paru kiri bagian atas. Menurut (Tarwoto, 2013) inspeksi biasanya di dapatkan pasien batuk, peningkatan prduksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi secret. Menurut penulis pasien terpasang NPA diakibatkan kemampuan batuk yang menurun yang sering di dapatkan pada pasien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran.

2. B2 (Blood)

Pemeriksaan Tekanan darah 118/66 mmHg, nadi : 96 ^x/menit, suhu 36 °C, akral dingin, bunyi jantung S1S2 tunggal, konjungtiva anemis, terpasang infus tangan sebelah kanan hari ke 2, CRT <2 detik.

$$\text{MAP} : \frac{(2\text{distole} + \text{systole})}{3} = \frac{(132+110)}{3} = 83 \text{ mmHg}$$

3

3

(normal : 70-110) menurut (Tarwoto, 2013) Pengkajian pada system kardiovaskuler didapatkan renjatan (syok hipo volemik) yang sering terjadi pada pasien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masih (tekanan darah >200 mmHg). Menurut penulis Ny. K sudah tidak mengalami Hipertensi karena sudah mendapatkan pengobatan

3. B3 (*Brain*)

Pemeriksaan Pasien mengalami penurunan kesadaran, GCS 315, reflek cahaya segala arah, pupil isokor, kesadaran somnolen.

Reflek Fisiologis :

Biceps : -/+ , Triceps: -/+, Patela -/+ , Babinsky: -/+ , Refleks achiles: -/+

Nervus Kranial Saat dilakukan pengkajian persarafan didapatkan kelemahan fisik pada ekstermitas atas dan bawah bagian kanan. Nervus Olfaktorius (N.I) tidak terkaji. Nervus Opticus (N.II) tidak terkaji. Nervus Okulomotorius (N.III) Pada kedua mata pasien mampu membuka mata. Nervus Trochlearis (N.IV) Pada kedua mata pasien mampu menggerakkan bola mata. Nervus Trigemini (N.V) tidak terkaji. Nervus Abducens (N.IV) Pasien mampu menggerakkan bola matanya. Nervus Fasialis (N.VII) Wajah pasien simetris, dapat membuka mata dengan stimulus tepukan dan suara. Nervus Akustikus (N.VIII) fungsi Pendengaran menurun. Nervus Glosfaringeus (N.IX) tidak terkaji. Nervus Vagus (N.X) saat pasien di ajak bicara dengan perawat pasien hanya diam. Nervus Asesorius (N.XI) Pasien kesulitan mengangkat lengan dan kaki bagian kanan. Nervus Hipoglossus (N.XII) tidak terkaji.. hal ini sesuai

dengan pernyataan (Tarwoto, 2013) 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 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, Menurut penulis Pada Ny. K terjadi penurunan kesadaran dengan GCS 3/5 diakibatkan penurunan sirkulasi darah darah mengakibatkan di otak tidak diperdarahi darah secara maksimal sehingga pada nervus VIII, X, XI mengalami gangguan

4. B4 (Bladder)

Menurut (Ariani, 2012) Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinesia urin sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan control motoric dan postural. Kadang control sfingter urin eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermitan dengan teknik steril. Inkontinensia urin yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas. Hal ini terjadi pada Ny. K karena pasien terpasang kateter hari ke 2 Nomer 14, urine diukur setiap 3 jam sekali, urine kuning jernih, produksi urine dalam 3 jam 100 cc selama 24 jam urine pasien 500 cc, tidak terdapat distensi vesika urinaria. Menurut penulis hal ini terjadi dikarenakan Ny. K terjadi ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan dikarenakan penurunan kesadaran, dan gangguan pada kerusakan control motorok

5. B5 (Bowel)

Pengkajian Ny. K Mulut kering, sedikit kotor, membrane mukosa pucat, lidah sedikit kotor, tidak ada gigi, pasien terpasang NGT (Naso Gastro Tube) terpasang hari ke 2 dengan nomer 14, Diet susu 6 x/ 24 Jam/ 300 cc. tidak ada oedem pada abdomen, tidak ada pembesaran Hepar, tidak ada diare. Bising usus 10 ^x/menit. Menurut (Ariani, 2012) Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai munta disebabkan karena peningkatakn produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas. Menurut pendapat pasien terpasang NGT karena pasien mengalami penurunan kesadaran dan terdapat gangguan sirkulasi sehingg kesulitan untuk makan

6. B6 (Bone)

Pengkajian pada Ny. K Tidak terdapat fraktur, Kemampuan bergerak terbatas. ROM terbatas pada anggota tubuh bagian kanan, persendian ekstermitas kanan tampak kaku. Kekuatan Otot :

1111		5555
1111		4444

Ekstremitas Atas tangan kiri dapat mengenggam dan dapat digerakan dengan bebas, Tangan kanan tidak dapat digerakkan. Ekstremitas bawah kaki kiri dapat bergerak melawan tahanan tetapi kekuatannya berkurang kaki kanan tidak dapat digerakkan. Menurut (Tarwoto, 2013) 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 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. Menurut pandangan penulis pasien mengalami kelemahan otot disebabkan tidak cukupnya aliran darah untuk memperdarahi area yang mensyarafi N XI (berfungsi untuk mengangkat ekstermitas atas) .

4.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial dimana berdasarkan pendidikan dan pengalaman, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga atau menurunkan membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien. (Herdman, 2012) pada Ny. K muncul 5 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Edema serebral (stroke iskemik).
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, kelemahan,parestresia, paralisis.
3. Gangguan komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neurosmuskular, kelemahan umum.
4. Gangguan persepsi berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi,
5. Resiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan otot menelan dan mengunyah.

Dari lima diagnose keperawatan pada tinjauan puastaka tidak semua ada pada tinjauan kasus. Terdapat dua diagnose yang muncul pada tinjauan kasus yaitu :

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, kelemahan,parestresia, paralisis.
2. Gangguan komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neurosmuskular, kelemahan umum

Dari enam diagnose keperawatan pada tinjauan pustaka tidak semua ada pada tinjauan kasus yaitu :

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Edema serebral (stroke iskemik).

Penulis tidak menggunakan diagnose tersebut karena Ny. Karena pasien sudah tidak terjadi hipertensi tidak ada edema serebral.

2. Gangguan persepsi berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi,

Penulis tidak menggunakan diagnose tersebut dikarenakan pasien tidak ada gangguan persepsi

3. Resiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan otot menelan dan mengunyah.

Penulis tidak menggunakan diagnose ini dikarenakan pasien terpasang NGT pasien sudah terpenuhi kebutuhan nutrisinya.

Terdapat satu diagnose keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus namun tidak ada pada tinjauan pustaka karena disesuaikan dengan kondisi pasien.

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan benda asing yang tertahan,

4.3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan merupakan suatu penyusunan tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk menanggulangi masalah sesuai diagnosa keperawatan (Dermawan, 2012). Pada perencanaan terdapat tujuan dan kriteria hasil diharapkan dapat sesuai dengan sasaran yang diharapkan terhadap kondisi pasien. Pada perumusan tujuan antara pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus .

pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan . sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensiya dengan alasan penulis

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan setelah dilakukan tindakan selama 3 x 8 jam di harapkan bersihan jalan nafas efektif dengan kriteria hasil : Pasien dapat mengeluarkan sputum secara mandiri seperti dengan tissue atau batuk efektif. Saturasi oksigen dalam batas normal 90 – 100 %., Frekuensi nafas dalam batas normal 16-20 ^x/menit (Menurut Depkes), Tidak ada suara nafas tambahan, Tidak ada dyspnea
2. Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tidak ada gangguan mobilitas fisik dengan kriteria hasil sebagai berikut : Pasien dapat melakukan aktivitas sesuai dengan kemampuannya, Tidak terjadi kontraktur sendi, Bertambahnya kekuatan otot, Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas.
3. Gangguan komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 8 jam diharapkan pasien tidak ada gangguan komunikasi verbal dengan kriteria hasil : pasien dapat berkomunikasi dengan baik, pasien dapat mengungkapkan perasaanya secara verbal, tidak ada afasia, pasien dapat mempertahankan komunikasi

4.4. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi adalah melaksanakan order keperawatan yang disusun dalam rencana oleh pasien, perawat, atau orang lain. Implementasi dapat mencakup dengan tenaga kesehatan lain dalam menjalankan tanggung jawab (Dermawan, D. 2012).

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan Pelaksanaan yang dilakukan pada pasien bersihan jalan nafas tidak efektif yaitu Monitor pola nafas (frekuensi nafas), Monitor bunyi nafas tambahan, Monitor sputum (warna, aroma), Lakukan penghisapan lender lebih kurang dari 15 detik Posisikan semi Fowler,
2. Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot Pelaksanaan yang dilakukan pada pasien mobilitas fisik yaitu Monitor kekuatan Otot, Ubah posisi pasien setiap 2 jam , Berikan atau bantu pasien untuk melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif Libatkan keluarga untuk membantu dalam meningkatkan pergerakan,
3. Gangguan komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler Pelaksanaan yang dilakukan pada pasien bersihan jalan nafas tidak efektif yaitu Kaji kemampuan komunikasi, Pertahankan kontak mata saat berkomunikasi , Ajarkan pasien menyebutkan kata – kata sederhana seperti nama dirinya sendiri dan keluarga dll., Edukasi keluarga / pasien agar tetap memberika stimulus komunikasi

4.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah (Meirisa, 2013).

1. Pada diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan setelah dilakukan tindakan selama 3 x 8 jam bersihan jalan nafas efektif dengan kriteria hasil pasien dapat mengeluarkan batuk dengan tisu, SpO2 98 %, Frekuensi Nafas 19 x/menit, Tidak ada suara nafas tambahan, Tidak ada dyspnea masalah teratasi pada hari ke 3 tanggal 30 juni 2019.
2. Pada diagnosa mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot setelah dilakukan tindakan selama 3 x 8 jam

2222	5555
2222	5555

Kemampuan Otot bertambah

Tidak terjadi kontraktur sendi pada kaki dan tangan sebelah kanan dan kiri Pasien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas masalah teratasi sebagian pada hari ke 3 tanggal 30 juni 2019

3. Gangguan komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler setelah dilakukan tindakan selama 3 x 8 jam tidak ada gangguan komunikasi verbal dengan kriteria hasil Kesadaran somnolen, GCS 336, Pasien masih kesulitan dalam bicara, pasien belum bisa berkomunikasi

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus CVA Infark di ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan dengan diagnosa CVA Infark.

1.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien CVA Infark, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian pada Ny. K Pada B1 di temukan pada pasien Bentuk dada Normochest, Pasien terpasang NPA, adanya secret di dalam mulut bewarna hijau, tidak ada bau pada secret, Frekuensi Nafas 25 ^x/menit, irama nafas regular, suara nafas vasikuler, adanya suara tambahan Ronkhi pada lapang paru sebelah kiri bagian atas sehingga penulis mengambil masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif. Pada B3 ditemukan pada pasien Tidak terdapat fraktur, Kemampuan bergerak terbatas. ROM terbatas pada anggota

1111 | 5555
1111 | 4444

tubuh bagian kanan, persendian ekstermitas kanan tampak kaku

Ekstremitas Atas tangan kiri dapat mengenggam dan dapat digerakan dengan bebas, Tangan kanan tidak dapat digerakkan, Ekstremitas bawah kaki kiri dapat bergerak melawan tahanan tetapi kekuatannya berkurang, kaki kanan tidak dapat digerakkan penulis mengambil masalah keperawatan

Mobilitas Fisik Pada B6 ditemukan pada Pasien tanpa lemas, Kesadaran Somnolen, GCS 3/5, Nervus Vagus (N.V) Saat pasien di ajak berbicara dengan perawat pasien hanya diam Tidak ada respon untuk berbicara penulis mengambil masalah keperawatan Gangguan Komunikasi verbal.

2. Masalah keperawatan yang muncul adalah Bersihan jalan nafas tidak efektif, Gangguan mobolitas fisik, gangguan komunikasi verbal.
3. Rencana tindakan keperawatan yang terdapat dalam tinjauan pustaka tidak semua tercantum pada tinjauan kasus, tetapi disesuaikan dengan diagnosis dan etiologi dari masalah keperawatan tersebut.
4. Rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat tidak semua dapat dilaksanakan. Pelaksanaan tindakan keperawatan menyesuaikan dengan kondisi pasien dan fasilitas yang menunjang.
5. Evaluasi dan analisis tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi sepenuhnya, gangguan menelan teratasi sebagian, gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian.
6. Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan dalam tertulis yang diletakan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangan pada Ny. K..

1.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan yang lainnya.

2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan CVA Infark.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional baiknya dia akan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.

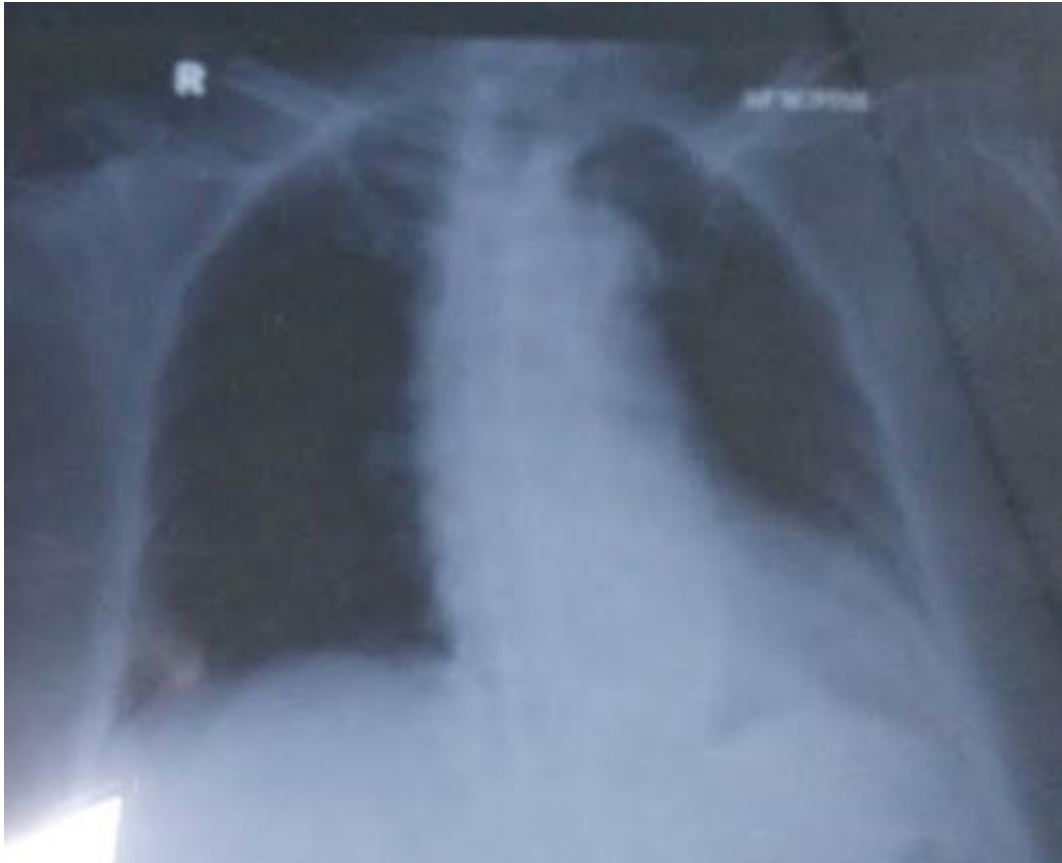
Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik

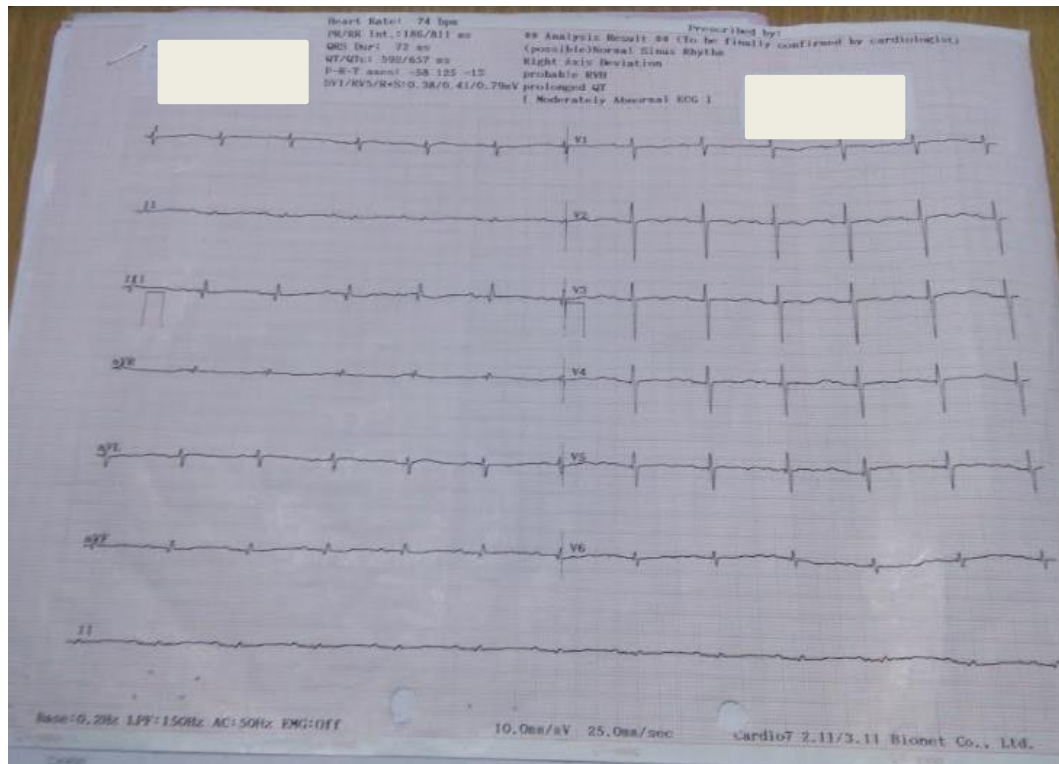
DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, Tutu April. 2012. *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta ; Salemba Medika
- DBS FKUI-RSCM. 2011. *Sinopsis Ilmu Bedah Saraf*. Jakarta ; CV Sagung Seto
Seto Jakarta
- Greenberg. 2008. *Teks Atlas Kedokteran Kedaruratan*. Jakarta ; Erlangga
- Kalim. 2012. Mengenal stroke. medicastro.com/stroke+mengenal+jenis-jenis+stroke.php diakses tanggal 09/06/2017
- Muttaqin, Arif. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta ; Salemba Medika
- Satyanegara. 2010. *Ilmu Bedah Saraf edisi IV*. Jakarta ; Gramedia
- Setiadi. 2016. *Dasar – Dasar Anatomi dan Fisiologi Manusia*. Yogyakarta : Indomedia Pustaka
- Tarwoto. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah (gangguan sistem persarafan)*. Jakarta ; CV Sagung Seto
- Taylor, C. M. 2010. *Diagnosis Keperawatan Dengan Rencana Asuhan*. Jakarta ; EGC.
- PPNI, T. P. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan ; DPP PPNI.
- Wilkinson, Judith. M. 2016. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta ; EGC

LAMPIRAN

Lampiran 1 FOTO THORAX



Lampiran 2 EKG (Elektrokardiogram)

LAMPIRAN 3

Tabel 3.8 lembar obeservasi pada pasien Ny.K dengan diagnosis CVA INFARK diRuang ICU CENTRAL Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 29 juni 2019

Jam	Tensi	RR	HR	SUHU	MAP	SPO ₂	CVP	Resp Mode	FIO2	Input (cc)	Output (cc)
07.00	110/80	23	82	36		98 %					
08.00	131/90	22	80	36		99%				362.5	100
09.00	130/87	23	84	36		98%					
10.00	140/100	20	80	36,1		98%					
11.00	141/100	20	87	36,3		98%				62.5/425	70/170
12.00	153/80	19	84	36		98%					
13.00	126/88	19	87	36,9		99%					
14.00	130/71	18	88	36,5		98%				362.5/787.5	50/220
15.00	120/80	19	80	36		98%					
16.00	130/80	20	90	36		97%				362,5/1,150	50/270
17.00	120/80	20	87	36		98%					
18.00	110/70	20	91	36		98%					
19.00	120/80	20	79	36		97%				362,5/1512,5	50/320
20.00	123/80	19	82	36		98%					
21.00	120/80	19	81	36		96%					
22.00	130/70	21	85	36		97%				362,5/1875	50/370
23.00	130/80	20	85	36		98%					
24.00	120/80	20	89	36		95%					
01.00	125/80	19	90	36		97%				362.5/2237,5	100/470
02.00	130/70	20	92	36		99%					
03.00	120/80	20	80	36		97%				362,5/2600	50/530
04.00	130/80	19	82	36		98%					
05.00	120/80	19	86	36		98%					

Lampiran 5

SOP MOBILISASI MIRING KANAN dan MIRING KIRI

1. Pengertian
Mobilisasi dengan sims adalah teknik pemberian posisi dengan memiringkan tubuh kekanan dan kiri dengan posisi tubuh masih tetap berbaring.
2. Tujuan
 - a. Mencegah rasa tidak nyaman pada otot.
 - b. Mempertahankan tonus otot
 - c. Mencegah terjadinya komplikasi imobilisasi seperti ulkus decubitus, kerusakan saraf superficial, kerusakan pembuluh darah dan kontraktur.
 - d. Untuk memudahkan dan pemeriksaan pada area parienta
 - e. Mencegah rasa tidak nyaman pada otot.
 - f. Mempertahankan tonus otot
 - g. Mencegah terjadinya komplikasi imobilisasi seperti ulkus decubitus, kerusakan saraf superficial, kerusakan pembuluh darah dan kontraktur.
 - h. Untuk memudahkan dan pemeriksaan pada area parienta
3. Indikasi
 - a. Klien dengan paralisis atau kelemahan
 - b. Klien yang mengalami penurunan kesadaran
4. Kontrakindikasi
 - a. Klien dengan cedera servikal
 - b. Klien dengan fraktur eksremitas atas atau fraktur klavikula
5. Persiapan klien
 - a. Berikan salam, perkenalkan diri, dan Tanya kondisi pasien
 - b. Jelaskan prosedur tinakan yang akan dilakukan , berikan kesempatan kepada klien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan klien.
 - c. Menjelaskan langka – langka tindakan
6. Persiapan alat
 - a. Bantal atau guling sepenuhnya
 - b. Handuk
7. Cara kerja
 - a. Beri tahu tindakan yang akan segera dimulai
 - b. Cek alat – alat yang akan digunakan
 - c. Cuci tangan
 - d. Buatlah posisi tempat tidur yang memudahkan untuk bekerja

- e. Klien dengan keadaan berbaring kemudian miringkan ke kiri / kanan dengan posisi badan setengah telungkup dan kaki kiri lurus lutut paha kanan di tekuk diarahkan ke dada
 - f. Miringkan klien dengan sampai posisi agak terkurap
 - g. Letakan tangan kiri diatas kepala dan tangan kanan diatas tempat tidur.
 - h. Letakan bantal di ruang antara dada, abdomen, lengan atas dan tempat tidur.
 - i. Letakan bantal di ruang antara abdomen, pelvis, paha atas dan tempat tidur.
 - j. Pastikan bahwa bahu dan panggul berada pada bidang yang sama.
 - k. Letakan gulungan handuk dibawah telapak kaki
 - l. Kaji respon pasien
 - m. Cuci tangan
 - n. Observasi posisi dan pindahkan posisi klien pada sisi yang berlawanan 2 jam.
8. Hasil
- a. Subjektif
 - 1) Klien merasa lebih nyaman
 - 2) Klien merasa badanya tidak kaku kaku
 - b. Objektif
 - 1. Tidak Nampak tanda tanda decubitus
 - 2. Tonus otot baik, tidak ada kontraktur
9. Hal – hal yang perlu diperhatikan
- 1. Pertahankan agar tempat tidur yang digunakan dapat memberikan sepport yang baik bagi tubuh
 - 2. Pastikan alas tempat tidur tetap rapi dan bersih

Observasi keadaan pasien setiap 2 jam