

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA PASIEN DENGAN
DIANGNOSA MEDIS CVA INFARK DI RUANG 7

RSPAL Dr.RAMELAN SURABAYA



OLEH :
MOHAMMAD SANDY SUPRIYOHADI
NIM. 2020023

PRODI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2023

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA PASIEN DENGAN
DIANGNOSA MEDIS CVA INFARK DI RUANG 7

RSPAL Dr.RAMELAN SURABAYA

Karya tulis ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (AMD.,Kep)



OLEH :

MOHAMMAD SANDY SUPRIYOHADI

NIM. 2020023

PRODI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA

2023

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 14 februari 2023

Penulis

Mohammad Sandy Supriyohadi

2020023

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Mohammad Sandy Supriyohadi
Nim : 2020023
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan medikal bedah pada pasien
dengan Diagnosa Medis CVA Infark di Ruang 7
RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

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

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.,Kep)

Surabaya, 14 Februari 2023

Pembimbing Institusi

Surabaya, 14 Februari 2023

Pembimbing Klinik

Dr. Nuh Huda, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB

NIP.03020

Pudji Agung Wibowo S.Kep.,Ns

NRP.011314

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka prodi D3 Keperawatan

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

NIP. 03007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 14 Februari 2023

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Dari :

Nama : Mohammad Sandy Supriyohadi
Nim : 2020023
Pogram Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny. J dengan Diagnosa Medis
CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

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

Hari, tanggal : Senin, 21 Februari 2023
Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada prodi D3
Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji 1 : Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.03001
Penguji 2 : Dya Sustrami, S.Kep., Ns,M.Kes
NIP.03007
Penguji 3 : Dr. Nuh Huda, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB
NIP. 03020

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka prodi D3 Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 03007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 21 Februari 2023

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang maha Esa, atas limpahan karunia serta hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. J dengan Diagnosa Medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” dapat selesai sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di program D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya tulis ilmiah ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga karya tulis ilmiah ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan sebesar-besarnya kepada :

1. Kolonel Dr. Gigih Imanta J.,So.PD.,Finasim.,M.M selaku Kepala Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
2. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kep.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa D3 Keperawatan.

3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan mengikuti dan menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan.
4. Bapak Pudji Agung W, S.Kep.,Ns selaku pembimbing ruangan, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Dr. Nuh Huda, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.MB. selaku pembimbing institusi, yang dengan tulus dan ikhlas memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji ketua, yang telah dengan tulus dan ikhlas memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan.
8. Orang tua tercinta beserta keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat setiap saat.
9. Teman-teman sealmamater dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ilmiah ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. 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 membacanya terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 14 Februari 2023

Mohammad Sandy Supriyohadi

NIM.2020023

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH.....	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan masalah.....	3
1.3 Tujuan penulisan	4
1.3.1 Tujuan umum	4
1.3.2 Tujuan khusus	4
1.4 Manfaat penulisan	4
1.5 Metode penulisan	5
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep penyakit.....	8
2.1.1 Anatomi dan fisiologi.....	8
2.1.2 Definisi.....	11
2.1.3 Klasifikasi	11
2.1.4 Etiologi.....	14
2.1.5 Faktor resiko	15
2.1.6 Patofisiologi	16
2.1.7 Manifestasi klinis	17
2.1.8 Tanda dan gejala stroke.....	18
2.1.9 Komplikasi	19

2.1.10 Pemeriksaan penunjang.....	19
2.1.11 Pencegahan.....	20
2.1.12 Penatalaksanaan	20
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. J.....	21
2.2.1 Pengkajian	21
2.2.2 Pola fungsi kesehatan.....	24
2.2.3 Diagnosa keperawatan	26
2.2.4 Intervensi Keperawatan.....	28
2.2.5 Implementasi Keperawatan	38
2.2.6 Evaluasi Keperawatan	38
2.3 Web Of Caution (WOC)	39
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	40
3.1 Pengkajian	40
3.1.1 Identitas	40
3.1.2 Keluhan utama	40
3.1.3 Riwayat penyakit sekarang	40
3.1.4 Riwayat penyakit dahulu.....	41
3.1.5 Riwayat penyakit keluarga.....	41
3.1.6 Riwayat alergi	41
3.1.7 Genogram.....	42
3.1.8 Pemeriksaan fisik	42
3.1.9 Pola fungsi kesehatan Ny. J	46
3.1.10 Pemeriksaan penunjang.....	48
3.2 Analisa data	51
3.2.1 Prioritas masaaah	53
3.3 Intervensi keperawatan.....	54
3.4 Implementasi keperawatan	57
BAB 4 PEMBAHASAN	64
4.1 Pengkajian	64

4.1.1 Identitas	66
4.1.2 Riwayat Sakit Dan Kesehatan	66
4.2 Pemeriksaan Fisik	67
4.3 Diagnosa keperawatan.....	71
4.4 Intervensi keperawatan.....	74
4.5 Implementasi keperawatan	76
4.6 Evaluasi keperawatan	78
BAB 5 PENUTUP	80
5.1 Kesimpulan.....	80
5.2 Saran.....	81
5.2.1 Akademisi	81
5.2.2 Praktisi	82
DAFTAR PUSTAKA	83

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 pemeriksaan syaraf kranial.....	44
Tabel 3. 2 kemampuan perawatan diri pasien	46
Tabel 3. 3 Pemeriksaan Laboratorium	48
Tabel 3. 4 Terapi Obat Pasien	50
Tabel 3. 5 Analisa Data Pasien	51
Tabel 3. 6 Prioritas Msalah Pasien.....	53
Tabel 3. 7 Intervensi Keperawatan.....	54
Tabel 3. 8 implementasi keperawatan.....	57

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Bagian – bagian otak	8
Gambar 2. 2 kerangka masalah CVA Infark	39
Gambar 3. 1 Genogram	42

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

CVA (*CerebroVascular Accident*) atau yang lebih dikenal dengan istilah stroke merupakan salah satu penyakit akibat kurangnya pasokan darah ke otak yang dapat menyebabkan kematian dengan jumlah tertinggi di dunia (WHO, 2017). CVA terjadi akibat terganggunya suplai darah ke otak yang disebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah atau pecahnya pembuluh darah. Tersumbatnya pembuluh darah dikarenakan terpotongnya suplai oksigen dan nutrisi yang mengakibatkan terjadinya kerusakan pada jaringan otak (Ulfa, 2020). Pada kasus ini mengakibatkan klien mengalami ketidakefektifan perfusi serebral, gangguan mobilitas fisik dan pola napas tidak efektif.

CVA (*CerebroVascular Accident*) merupakan sebuah penyakit yang tidak asing lagi bagi sebagian masyarakat di dunia khususnya di Indonesia. Hal ini diakibatkan oleh tingginya jumlah kasus baru yang terus meningkat. Kemenkes: (2014) menyatakan bahwa peningkatan kejadian stroke dan tingginya kejadian serta kematian akibat stroke terjadi karena kurangnya kesadaran masyarakat akan faktor dan gejala stroke. Selain hal tersebut, belum optimalnya pelayanan stroke dan ketaatan terhadap program terapi untuk pencegahan stroke merupakan permasalahan yang muncul pada pelayanan stroke di Indonesia. Kejadian stroke atau CVA lebih banyak dialami oleh laki-laki dibandingkan dengan perempuan, bisa dilakukan perbandingan sekitar 1,3:1, kecuali pada usia lanjut, kejadian stroke laki-laki dan perempuan hampir tidak ada perbedaan (Laily, 2017).

Stroke terjadi sangat beragam, ada beberapa yang mengalami kepulihan sempurna setelah pengobatan pada serangan stroke pertama, pulih dengan cacat berat hingga ringan, bahkan dapat mengakibatkan kematian pada kasus stroke yang berat. Hal ini bisa saja terjadi pada penderita stroke yang kurang memperhatikan kebutuhan kontrol diri, tingkat kesadaran dan pengetahuan yang tergolong masih rendah. Kontrol diri memiliki maksud bahwa penderita stroke harus mampu mengontrol dirinya yakni dengan cara mengontrol tekanan darah tubuhnya jika penderita tidak mampu mengontrol tekanan darahnya maka bisa saja tekanan darahnya lebih tinggi dari batas normal. Hal ini tentu saja sangat berpengaruh terjadinya kekambuhan stroke kedua kalinya apabila penderita tidak mampu mengontrol tekanan darahnya (Alvia et al., 2021).

Penyebab terjadinya stroke adalah pecahnya pembuluh darah di otak atau terjadi karena adanya thrombosis dan emboli. Gumpalan darah akan masuk ke aliran darah sebagai akibat dari penyakit lain atau disebabkan karena adanya bagian otak yang cedera dan menyumbat arteri otak, yang menyebabkan otak berhenti bekerja dan fungsi otak menurun (Pajri et al., 2018).

Menurut *World Health Organization* (WHO 2017) penduduk yang terserang CVA ialah 15 juta setiap tahunnya. Data Riset Kesehatan Dasar (2018) menunjukkan prevalensi CVA di Indonesia rata-rata sebanyak 10,9% per mil, prevalensi CVA tertinggi di Provinsi Kalimantan Timur dengan nilai 14,7% per mil dan terendah di Papua dengan nilai 4,1% per mil. Di Jawa Timur prevalensi CVA sekitar 12 % per mil, dan usia 75 tahun keatas paling banyak menderita CVA yaitu 50,2% per mil (Ulfa, 2020).

Anjurkan mobilisasi dini seperti ROM, latihan *range of motion* (ROM) merupakan salah satu terapi yang dianjurkan untuk berlatih dalam proses rehabilitasi agar terhindar dari kecacatan permanen yang bisa jadi terjadi pada pasien CVA infark. Latihan ROM bisa dilakukan sekitar 5 kali sehari untuk mempertahankan mobilisasi sendi, fleksibilitas, mencegah kontraktur, mencegah kerusakan sistem neuromuskular, meningkatkan sirkulasi dan membantu mencegah mengurangi tromboli vena (Karmah, 2020).

Salah satu peran perawat yaitu memberi pendidikan dan penyedia layanan kesehatan, sangat penting mengetahui penyebab terbentuknya CVA Infark sehingga dilakukan pengkajian dan memberikan intervensi kepada pasien serta mengevaluasi kesehatan pasien, berdasarkan latar belakang di atas, penderita CVA yang terus mengalami peningkatan, maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan keperawatan pada Ny. J dengan Diagnosa Medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan masalah

Mengetahui lebih lanjut perawatan pada pasien dengan stroke infark maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut terkait asuhan keperawatan Stroke/CVA infark dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Ny. J dengan Diagnosa Medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.”

1.3 Tujuan penulisan

1.3.1 Tujuan umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Ny. J dengan Diagnosa Medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.3.2 Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian pada Ny. J dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. J dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Merencanakan tindakan asuhan keperawatan pada Ny. J dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. J dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Mengevaluasi Ny. J dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. J dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat penulisan

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

1. Akademisi

Dari segi akademisi, merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA infark dengan baik.

2. Praktisi

1. Bagi pelayanan keperawatan dirumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan 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 klien CVA Infark.

3. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien CVA infark.

1.5 Metode penulisan

1. Metode penulisan

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang

mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2. Teknik pengumpulan data

1. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain.

2. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh 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 keehatan lain.

3. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

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

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa CVA infark, serta kerangka masalah.

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

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

BAB 5 : Penutup, berisi tentang kesimpulan dan saran

3. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

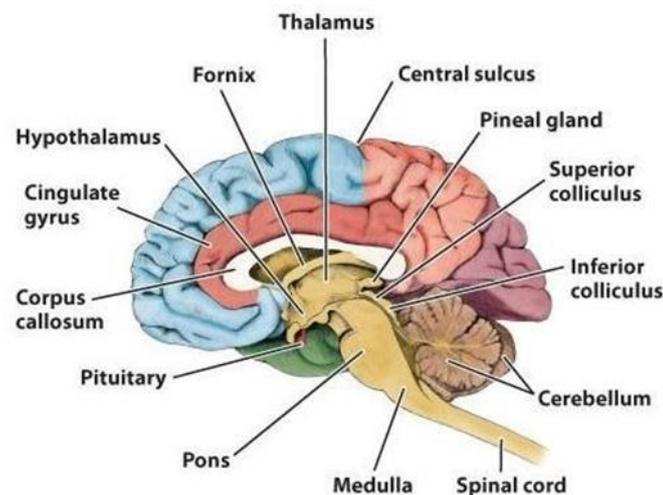
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan tentang penyakit 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, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep penyakit

2.1.1 Anatomi dan fisiologi

Bagian dari otak terdiri dari : (Amin, 2018)



Gambar 2. 1 Bagian – bagian otak

Secara anatomis, terdapat 3 bagian utama otak, yaitu otak besar (*cerebrum*), otak kecil (*cerebellum*), dan batang otak (*brainstem*).

1. Otak besar (*cerebrum*)

Otak besar (*cerebrum*) merupakan bagian terbesar ($\pm 80\%$) dari berat otak. Otak besar merupakan pusat aktifitas mental seperti memori (ingatan), kepandaian (inteligensia), dan juga kesadaran dan pertimbangan. Keberadaannya memungkinkan individu untuk berpikir, berbicara, mengingat, dan mengendalikan pikiran. Otak ini pun memiliki peran yang besar dalam proses belajar seseorang. Selain itu, tingkat kecerdasan individu juga dibentuk di otak besar. Bongkahan *cerebrum* terbagi menjadi dua belahan (hemisfer) yaitu kiri dan kanan oleh alur *fissura longitudinal*. Setiap hemisfer memiliki fungsi yang berbeda. Otak kiri, dikenal sebagai otak rasional bekerja dalam pola yang linier, sekuensial, mengurus hal-hal yang terkait logika-rasio, kata dan bahasa, dan matematik. Sebaliknya otak kanan atau otak irasional bekerja dengan pola yang tidak teratur, berkaitan dengan kreativitas, seni, desain, musik, warna dll. Selain itu belahan otak ini berfungsi untuk kontrol dan koordinasi bagian tubuh secara bersilangan. Kedua belahan otak ini terhubung oleh sebuah struktur jaringan syaraf yang disebut *corpus callosum*. *Cerebrum* terbagi dalam beberapa bagian (*lobus*) dengan fungsi khasnya masing-masing, yaitu:

1. *Lobus frontal*, menstimulus pergerakan otot yang bertanggung jawab untuk kegiatan berfikir, perencanaan, dan penyusunan konsep.
2. *Lobus temporal*, mengandung area radiotori yang menerima sensasi dan telinga yang bertanggung jawab pada persepsi suara dan bunyi

3. Lobus parietal, merupakan area sensori dari otak yang merupakan sensasi perabaan, tekanan dan sedikit menerima perubahan temperature yang bertanggung jawab pada kegiatan berfikir, terutama pengaturan memori.
4. Lobus occipital, mengandung area visual yang menerima sensasi dari mata, yang berfungsi mengatur pengelihatan.

2. Otak kecil (*cerebellum*)

terletak dibagian belakang kepala, dibawah lobus occipital dekat dengan ujung leher bagian atas. Ia terhubung ke otak melalui pedunculus cerebri. Otak kecil (*cerebellum*) bertanggung jawab dalam proses koordinasi dan keseimbangan. Secara lebih detil Rohkamm (2004: 54) menjelaskan struktur dan fungsi otak kecil terbagi pada tiga spesifikasi, yaitu :

1. *vestibulocerebellum (anrcheocerebellum)*, terdiri atas *flocculonodular lobe* dan *lingula*, bertanggung jawab untuk mengontrol keseimbangan, otot aksial dan proksimal, irama pernafasan, pergerakan kepala dan mata (stabilisasi pandangan).
2. *spinocerebellum (paleocerebellum)*, berfungsi dalam mengontrol otot-otot yang berkaitan dengan postur, keseimbangan.
3. *pontocerebellum (neocerebellum)*, berfungsi untuk keseimbangan tubuh, kecepatan serta ketepatan pergerakan tubuh dan perkataan.

3. Batang otak (*brainstem*)

`posisinya berada didalam tulang tengkorak bagian dasar dan memanjang sampai ke tulang punggung atau sumsum tulang belakang. Batang otak

tersusun atas otak tengah, pons, dan medulla. Didalamnya terdapat inti syaraf kranial dan jalan naik-turunnya pertukaran informasi dari otak, otak kecil, dan tulang belakang. Bagian otak ini mengatur fungsi dasar kehidupan seperti pernafasan, denyut jantung, suhu tubuh, proses pencernaan, dan lain-lain (Amin, 2018).

2.1.2 Definisi

Stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis fokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam (kecuali ada tindakan dari pembedahan atau kematian) tanpa tanda-tanda non vaskuler termasuk didalamnya tanda-tanda pendarahan subaraknoid, pendarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri (Kedokteran, 2019).

CVA adalah suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) dengan tanda dan gejala klinis baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam, disebabkan oleh terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan (CVA hemoragik) ataupun sumbatan (CVA iskemik) dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian (Delfina, 2021).

2.1.3 Klasifikasi

Klasifikasi penyakit stroke terdiri dari beberapa kategori, diantaranya: berdasarkan kelainan patologis, secara garis besar stroke dibagi dalam 2 tipe yaitu:

1. *ischemic stroke*(*infark*)

disebabkan oleh gumpalan atau penyumbatan dalam arteri yang menuju ke otak yang sebelumnya sudah mengalami proses aterosklerosis. *Ischemic stroke* terdiri dari tiga macam yaitu *embolic stroke*, *thrombotic stroke* dan *hipoperfusi stroke*.

2. *hemorrhagic stroke*

merupakan kerusakan atau "ledakan" dari pembuluh darah di otak, perdarahan dapat disebabkan lamanya tekanan darah tinggi dan aneurisma otak. Ada dua jenis stroke *hemorrhagic* yaitu : *subarachnoid* dan *intracerebral*. Akibat yang ditimbulkan oleh serangan stroke diantaranya kelemahan (lumpuh sebagian atau menyeluruh) secara mendadak, hilangnya sensasi berbicara, melihat, atau berjalan, hingga menyebabkan kematian (Arifianto, 2014).

(Karmah, 2020) menyatakan bahwa CVA infark dibagi menjadi :

1. POCI (*Posterior Cicrulation Infarct*) Posterior serebral infark

adalah suatu jenis infark serebral yang bisa mempengaruhi sistem sirkulasi pada posterior otak pada satu sisi di otak. Pada pasien yang memiliki tanda dan gejala klinis dengan posterior serebral infark juga bisa mengalami Posterior Circulation Stroke Syndrome (POCS) dengan gejala klinis yang dapat ditemukan diantaranya :

- 1) Kelumpuhan saraf kranial Dan motorik kontralateral atau cacat sensorik
- 2) Disfungsi serebral
- 3) Masalah gerakan mata, contoh nystagmus

4) Vertigo

2. LACI (*Lacunar Infarct*)

adalah jenis yang paling umum terjadi pada cerebro vascular accident yang disebabkan oleh oklusi arteri yang dapat menembus saat darah memberikan pasokan darah menuju otak dengan tanda dan gejala : sakit kepala mendadak, cacat sensorik dan motorik, pandangan deviasi dan cacat bidang visual.

3. TACI (*Total Anterior Circulation Infarct*)

adalah suatu jenis infark serebral yang mempengaruhi seluruh sirkulasi anterior satu sisi otak. Jenis serebral infark ini adalah klien yang mengalami tanda dan gejala yaitu :

- 1) Dysphasia yaitu ketidakmampuan seseorang untuk memahami atau merumuskan bahasa dikarenakan adanya kerusakan pada daerah otak tertentu.
- 2) Gangguan visuospasial yaitu ketidak mampuan seseorang dalam mengenal lingkungan yang ada disekitarnya atau pikun
- 3) Penurunan tingkat kesadaran
- 4) Hemianopia yaitu hilangnya penglihatan sempurna di sebelah kanan atau kiri mata.
- 5) Gangguan ekstremitas pada kaki, betis, tangan atau jari.

4. PACI (*Partial Anterior Cicrulation Infarct*)

adalah jenis infark yang mempengaruhi bagian sirkulasi anteriorsat memasok darah pada satu sisi otak. Pada klien ini dapat ditegakkan diagnosis jika mengalami tanda dan gejala dibawah ini :

- 1) Disfungsi tubuh yang lebih tinggi atau cacat seluruh tubuh
- 2) Dysphasia
- 3) Gangguan visuospasial
- 4) Cacat motorik atau sensorik (>2/3 wajah, lengan, kaki)

2.1.4 Etiologi

CVA Infark terjadi karena suplai darah ke otak terganggu dikarenakan pembuluh darah di otak terjadi penyumbatan. Trombosis otak, aterosklerosis dan emboli serebral yang membentuk plak akan menyebabkan dinding pembuluh darah di otak tersumbat. Penyebab penyakit CVA ini bisa disebabkan karena darah tinggi, kolestrol tinggi, kegemukan, gaya hidup kurang sehat, perokok, rusaknya motorik pada neuron (Silfia, 2021).

Etiologi CVA, yaitu:

1. Trombosis arteri (atau vena) pada sistem saraf pusat dapat disebabkan oleh salah satu atau lebih dari trias Virchow:
 - 1) Abnormalitasnya dinding pembuluh darah, umumnya penyakit degeneratif, dapat juga inflamasi (vaskulitis) atau trauma (diseksi),
 - 2) Abnormalitas darah, misalnya polisitemia (jumlah sel darah merah di dalam tubuh terlalu banyak),
 - 3) Ganngguan aliran darah.
2. Embolisme dapat merupakan komplikasi dari penyakit degeneratif arteri sistem saraf pusat atau dapat juga berasal dari jantung:

- 1) Penyakit katup jantung,
- 2) Fibrilasi atrium,
- 3) Infark miokard yang baru terjadi.

2.1.5 Faktor resiko

Faktor yang mempengaruhi Insiden, faktor risiko, prognosis serangan stroke dengan kualitas hidup yaitu usia rata-rata 70,3 tahun, jenis kelamin perempuan, waktu terjadinya serangan 13,4 jam (Utama & Nainggolan, 2022).

Beberapa faktor resiko CVA Infark diantaranya:

1. Hipertensi

Dapat meningkatkan tekanan darah perifer sehingga menyebabkan penebalan pembuluh darah

2. Penyakit jantung

Embolus biasanya terbentuk di jantung akibat adanya kelainan di katupjantung, irama jantung yang tidak teratur, atau setelah serangan jantung

3. Kolestrol tinggi

Kadar lemak darah yang tinggi dapat meningkatkan resiko aterosklerosis dan penyakit jantung koroner

4. Gaya hidup tidak sehat

Pola makan yang berlebih (obesitas), merokok, kurang berolahraga serta penyalahgunaan obat

5. Diabetes militus

Diabetes melitus dapat menimbulkan perubahan pada sistem vasculer

(pembuluh darah dan jantung) serta mendorong terjadinya aterosklerosis

6. Stress emosional

Pada jangka panjang dapat meningkatkan tekanan darah dan kadar kolestrol.

7. Umur

Semakin tinggi usia semakin tinggi pula resiko terkena stroke.

8. Jenis kelamin

Pada kebanyakan kasus didapatkan laki-laki lebih sering mengalami stroke dibandingkan dengan perempuan, hal ini diakibatkan karena faktor pencetus antara lain merokok, minum alkohol yang dominan oleh laki laki.

9. Faktor keturunan

2.1.6 Patofisiologi

Infark serebri dimulai dengan penurunan suplei darah ke area otak tertentu. Tingkat infark tergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan ukuran pembuluh darah serta sirkulasi kolateral yang memadai ke daerah yang dipasok oleh pembuluh darah yang tersumbat Patofisiologi stroke iskemik dibagi menjadi dua bagian, yaitu vaskular dan metabolik. Iskemia disebabkan oleh oklusi Oklusi vaskular yang menyebabkan iskemia ini dapat disebabkan oleh emboli, thrombus, plak, dan penyebab lainnya. Iskemia menyebabkan hipoksia dan akhirnya kematian jaringan otak. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis , atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang

tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. hal ini akan mengalami perdarahn cerebral , jika aneurisma pecah atau rupture. Oklusi vaskular yang terjadi menyebabkan terjadinya tanda dan gejala pada stroke iskemik yang muncul berdasarkan lokasi terjadinya iskemia. Sel-sel pada otak akan mati dalam hitungan menit dari awal terjadinya oklusi. Hal ini berujung pada onset stroke yang tiba- tiba. Gangguan metabolisme terjadi pada tingkat selular, berupa kerusakan pompa natrium-kalium yang meningkatkan kadar natrium dalam sel. Hal ini menyebabkan air tertarik masuk ke dalam sel dan berujung pada kematian sel akibat edema sitotoksik Stroke iskemik dapat berubah menjadi stroke hemorhagik. Pendarahan yang terjadi tidak selalu menyebabkan defisit neurologis. Defisit neurologis terjadi apabila perdarahan yang terjadi luas. Hal ini dapat disebabkan oleh rusaknya sawara darah otak, sehingga sel darah merah terekstrasvasasi dari dinding kapiler yang lemah.

2.1.7 Manifestasi klinis

CVA dapat menyebabkan berbagai defisit neurologi, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesoris).

Tanda dan gejala ini muncul pada penderita CVA antara lain:

1. Kehilangan motorik

Hemiplegi (paralisis pada satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan, hemiparasis atau kelemahan salah satu sisi tubuh.

2. Kehilangan komunikasi

Disartia (kesulitan bicara), disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang di pelajari sebelumnya).

3. Gangguan persepsi

Disfungsi persepsi visual, gangguan hubungan visual spasial, kehilangan sensori.

4. Kerusakan Fungsi Kognitif dan Afek Psikologis.

5. Disfungsi Kandung Kemih (Anggraheni, 2020).

2.1.8 Tanda dan gejala stroke

Menurut Kemenkes RI tanda dan gejala dari stroke adalah **SEGERA KE RS** yang merupakan singkatan dari :

Senyum tidak simetris (mencong ke satu sisi), tersedak, sulit menelan air minum secara tiba-tiba

Gerak separuh anggota tubuh melemah tiba-tiba

bicara pelo / tiba-tiba tidak dapat bicara / tidak mengerti kata-kata / bicara tidak nyambung

Kebas atau baal, atau kesemutan separuh tubuh

Rabun, pandangan satu mata kabur, terjadi tiba-tiba

Sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba dan tidak pernah dirasakan sebelumnya, Gangguan fungsi keseimbangan, seperti terasa berputar, gerakan sulit dikoordinasi (tremor / gemetar, sempoyongan) (RI, 2023).

2.1.9 Komplikasi

1. Komplikasi yang berhubungan dengan sistem saraf meliputi edema dan kejangpileptik
2. Terjadinya infeksi
3. Adanya masalah pada anggota gerak
4. Komplikasi akibat mobilisasi
5. Kurangnya nutrisi
6. Dampak psiko-sosial

2.1.10 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan diantaranya:

1. Laboratorium meliputi pemeriksaan darah lengkap.
2. Foto thorax untuk memperlihatkan keadaan jantung.
3. Angiografi serebral untuk membantu menemukan penyebab dari stroke secara spesifik.
4. CT scan untuk melihat secara spesifik letak edema, adanya jaringan otak yang infark, dan posisinya.
5. MRI (Magnetic Imaging Resonance) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi, besar dan luas adanya pendarahan otak.
6. EEG bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

2.1.11 Pencegahan

Pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan menerapkan pola hidup sehat, Pencegahan primer dapat dilakukan dengan menghindari rokok, alkohol, kegemukan dan konsumsi garam berlebih. Mengurangi kolesterol dan lemak dalam makanan. Perbanyak konsumsi gizi seimbang dan olahraga teratur. Pencegahan sekunder dapat dilakukan dengan cara memodifikasi gaya hidup yang berisiko seperti hipertensi dengan diet dan obat antihipertensi, diabetes mellitus dengan diet dan obat hipoglikemik oral atau insulin, penyakit jantung dengan antikoagulan oral, dyslipidemia dengan diet rendah lemak. Rutin melakukan cek kesehatan dan segera melakukan pengobatan jika mengalami keluhan, agar mendapatkan penanganan segera.

2.1.12 Penatalaksanaan

- 1) Posisi kepala dan badan diatas 20-30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Boleh dimulai mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil.
- 2) Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/menit.
- 3) Kandung kemih yang penuh dikosongkan dengan kateter.
- 4) Suhu tubuh harus dipertahankan.
- 5) Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terhadap gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun, dianjurkan pemasangan NGT.
- 6) Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi (Silfia, 2021).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. J

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Semua data dikumpulkan secara sistematis dan komprehensif dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual pasien.

1. Data umum

Tanyakan pada pasien tentang nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, agama, suku, tanggal masuk RS dan lainnya mengenai identitas klien.

2. Keluhan utama

Keluhan utama stroke infark yang sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

3. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan sekarang meliputi pertanyaan berupa kapan gejala mulai muncul, apakah mendadak atau bertahap, berapa kali masalah terjadi, lokasi gangguan yang pasti, karakter keluhan. Serangan stroke infark sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhari perubahan perilaku juga umum terjadi.

4. Riwayat penyakit dahulu

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

5. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

6. Pemeriksaan fisik

1) **B1 (*Breath*)**

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran *compos mends*, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

2) **B2 (*Blood*)**

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (*syok hipovolemik*) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg).

3) B3 (*Brain*)

Pemeriksaan 12 saraf kranial :

- 1) Saraf Olfaktorius (N. I) : saraf sensorik, untuk penciuman.
- 2) Saraf Optikus (N. II) : saraf sensorik, untuk penglihatan.
- 3) Saraf Okulomotorius (N. III) : saraf motorik, untuk mengangkat kelopak matadan kontraksi pupil.
- 4) Saraf troklearis (N. IV) : saraf motorik, untuk pergerakan bola mata.
- 5) Saraf Trigeminalis (N. V) : saraf motorik, gerakan mengunyah, sensasi wajah,lidah dan gigi, reflek kornea dan reflek berkedip.
- 6) Saraf Abdusen (N. VI) : saraf motorik, pergerakan bola mata kesamping melalui otot lateralis.
- 7) Saraf Fasialis (N. VII) : saraf motorik, untuk ekspresi wajah.
- 8) Saraf Vestibulokoklear (N. VIII) : saraf sensorik, untuk pendengaran dan keseimbangan.
- 9) Saraf Glosofaringeus (N. IX) : saraf sensorik dan motorik, untuk sensasi rasa.
- 10) Saraf Vagus (N. X) : saraf sensorik dan motorik, reflek muntah dan menelan.
- 11) Saraf Asesorius (N. XI) : saraf motorik, untuk menggerakkan bahu.
- 12) Saraf Hipoglosus (N. XII) : saraf motorik, untuk menggerakkan lidah.

4) B4 (*Bladder*)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan

kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

5) B5 (*Bowl*)

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

6) B6 (*Bone*)

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

2.2.2 Pola fungsi kesehatan

a) Pola persepsi hidup sehat

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan, dan penanganan kesehatan

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah, kebutuhan jumlah zat gizi, makanan kesukaan

c) Pola eliminasi

Menjelaskan pola fungsi ekresi, kandung kemih dan kulit, kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, karakteristik urin dan fases,

infeksi saluran kemih, masalah bau badan, dll

d) Pola istirahat dan tidur

Menggambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi tentang energi. Jumlah jam tidur pada siang dan malam, masalah selama tidur, insomnia atau mimpi buruk, penggunaan obat

e) Pola aktivitas dan latihan

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, pola pernafasan dan sirkulasi. Pentingnya latihan/gerak dalam keadaan sehat dan sakit, gerak tubuh dan kesehatan berhubungan satu sama lain.

f) Pola persepsi dan konsep diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan. Kemampuan konsep diri antara lain gambaran diri, harga diri, peran, identitas, dan ide diri sendiri.

g) Pola hubungan dan peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien. Pekerjaan, tempat tinggal, masalah keuangan, dll

h) Pola sensori kognitif

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian fungsi pengelihatannya, pendengaran, perasaan, pembau, dan kompensasinya terhadap tubuh. Sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi atau baru terjadi dan orientasi terhadap waktu, tempat, dan nama.

i) Pola reproduksi seksual

Menggambarkan kepuasan atau masalah yang aktual atau dirasakan dengan seksualitas. Dampak sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan mammae sendiri, riwayat penyakit hubungan sex, pemeriksaan genital

j) Pola penanggulangan stress

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stres dan penggunaan sistem pendukung, penggunaan obat untuk menangani stres, interaksi dengan orang lain

k) Pola tata nilai dan keyakinan

Menggambarkan dan menjelaskan pola nilai, keyakinan termasuk spiritual. Menerangkan sikap dan keyakinan klien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya.

2.2.3 Diagnosa keperawatan

1. Ketidakefektifan perfusi serebral tidak ditandai dengan embolisme (SDKID.0017)
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (SDKI D.0019)
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (SDKID.0054)
4. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (SDKI D.0063)
5. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077)
6. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi

serebral (SDKI D.0119)

7. Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan tirah baring (SDKI D.0139)
8. Resiko jatuh ditandai dengan penurunan kekuatan otot (SDKI D.0143)

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi keperawatan dengan diagnosa medis CVA Infark

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	ketidakefektifan perfusi serebral ditandaidengan embolisme (SDKI D.0017, hal.51)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. TIK menurun 3. Kesadaranmembaik (SLKI L.02014)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (SIKI : 1. 06198) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) 4. Monitor CVP (<i>Central Venous Pressure</i>), jika perlu 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor ICP (<i>Intra Cranial Pressure</i>), jika tersedia	1. Untuk mengetahui peningkatan TIK 2. Untuk mengetahui potensial peningkatan TIK 3. Untuk pemantauan peningkatan TIK 4. Pemantauan sesak napas atau henti napas 5. Untuk mengetahui tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syok hipovolemik 6. Memberikan posisi nyaman pada klien 7. Suhu tubuh normal tidak membuat cara kerja menjadi berat dan tubuh akan rileks dengan suhu tubuh normal 8. Sebagai terapi anti kejang 9. Sebagai terapi untuk menghambat reapsorpsi air dan natrium dan meningkatkan osmolaritas darah dan jantung

			<p>8. Monitor CPP (<i>Cerebral Perfusion Pressure</i>)</p> <p>9. Monitor gelombang ICP</p> <p>10. Monitor status pernapasan</p> <p>11. Monitor intake dan output cairan</p> <p>12. Monitor cairan serebrospinalis (mis. Warna, konsistensi)</p> <p>Terapeutik</p> <p>13. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>14. Berikan posisi semi fowler</p> <p>15. Hindari maneuver Valsava</p> <p>16. Cegah terjadinya kejang</p> <p>17. Hindari penggunaan PEEP</p> <p>18. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</p> <p>19. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal</p> <p>20. Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>Kolaborasi</p> <p>21. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, <i>jika perlu</i></p>	
--	--	--	---	--

2	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (SDKI D0019), hal 56)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Status nutrisi membaik.dengan kriteria hasil : 1. Berat badanmembaik 2. Nafsu makanmembaik 3. Bising usumembaik (SLKI, L.03030)	<p>Manajemen nutrisi (SIKI: I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi makanan yang disukai 2. Identifikasi alergi dan intoleren makanan 3. Identifikasi status nutrisi 4. Monitor asupan makanan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan jika perlu 6. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 7. Sajikan maknan tinggi serat dan protein <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Anjurkan posisi duduk 9. Ajarkan diet yang diajarkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Kolaborasi dengan ahli gizi utk menentukan jumlahkalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui makanan kesukaan klien 2. Untuk mengetahui apakah klien ada alergi makanan 3. Untuk mengetahui status nutrisi klien sehingga dapat melakukan intervensi yang tepat 4. Untuk mengetahui asupan makanan pasien 5. Untuk menjaga mulut tetap bersih 6. Untuk meningkatkan nafsu makan pasien 7. Memenuhi kebutuhan protein yang hilang dan meringankan kerja hepar dalam memproduksi protein 8. Untuk menambah rasa nyaman 9. Meningkatkan rasa keterlibatannya untuk memenuhi kebutuhan nutrisi 10. Sangat penting dan bermanfaat untuk penghitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dilakukan oleh tenaga profesional yang tepat
---	---	---	--	---

3	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (SDKI D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kelemahan fisik berkurang <p>(SLKI L.05042)</p>	<p>1.06171) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) 6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 9. Anjurkan melakukan ambulasi dini 10. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Menentukan batas gerakan yang akan dilakukan 3. Agar tekanan darah dan frekuensi jantung mudah teratasi 4. Untuk mengetahui perkembangan pasien dalam ambulasi 5. Agar mempermudah pasien melakukan ambulasi 6. Agar mempermudah pasien melakukan ambulasi 7. Agar keluarga mengerti tentang peningkatan ambulasi 8. Agar faham apa itu ambulasi 9. Untuk mencegah masalah yang terjadi pada pasien 10. Agar masalah cepat teratasi
---	---	---	---	---

			(mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).	
4	Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (SDKI D.0063)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan status menelan membaik dengan kriteria hasil : 10. Refleks menelan membaik 11. frekuensi tersedak menurun 12. Batuk menurun (SLKI L.06052)	Dukungan perawatan diri : makan/minum (SIKI I.11351) 1. Monitor diet setiap hatinya (porsi bertambah ataukah kurang) 2. Monitor kemampuan menelan (dapat menelan berapa sendok) 3. Atur posisi nyaman saat minum susu/air 4. Bantu untuk meningkatkan jumlah air yang bisa ditelan 5. Jika pasien tersedak, berhenti memberi susu/air, lalu beri melalui NGT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui nafsu makan pasien 2. Untuk mencegah terjadinya difisit nutrisi 3. Untuk memberikan rasa nyaman pada pasien 4. Untuk mencegah terjadinya dehidrasi yang bisa menyebabkan syok hipovolemik 5. Agar pasien tetap terjaga nutrisinya
5	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. (SDKI D.0077)	Setelah dilakukan intervensi selama 2x24 jam, diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyerimenurun	Manajemen Nyeri (SIKI :I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui tingkat cedera yang dirasakan oleh pasien 3. Untuk mengetahui tingkatan

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik <p>(SLKI L.08066)</p>	<p>nyeri.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat atau dingin) 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Subur ruangan, pencahayaan, kebisingan) 6. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan penyebab, pemicu nyeri 8. Jelaskan strategi meredakan nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. 	<p>nyeri yang sebenarnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Untuk mengurangi faktor-faktor yang memperburuk nyeri 5. Untuk memberikan rasa nyaman pasien dan meringankan rasa nyeri 6. Agar nyeri yang dirasakan pasien tidak bertambah buruk 7. Agar pasien menghindari pemicu nyeri yang dia rasakan 8. Agar pasien memiliki strategi untuk meredakan nyeri yang dia rasakan 9. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien
6	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan berbicara 	<p>Promosi komunikasi defisit bicara (SIKI I.13492)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan tekanan dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui kecepatan tekanan dan diksi dalam berbicara 2. Untuk mengetahui proses kognitif, anatomis dan fisiologis

	<p>sirkulasi serebral(SDKI D.0119)</p>	<p>meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kesesuaianwajah meningkat 3. Disfasia menurun 4. Pelo menurun 5. Respons perilaku membaik <p>(SLKI L.13118)</p>	<p>anatomis, dan fisiologis saat bicara (misalkan memori, pendengaran dan bahasa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Gunakan metode komunikasi alternatif 5. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan 6. Ulangi apa yang disampaikan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Gunakan juru bicara jika perlu 8. Anjurkan berbicara perlahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Rujuk ke ahli patologi bicaraatau terapis 	<p>yang berkaitan dengan bicara</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk mengetahui perilaku emosional berkaitan sebagai bentuk komunikasi 4. Untuk mempermudah pasien dalam berkomunikasi 5. Agar pasien lebih mudah saat berkomunikasi 6. sebagai bentuk dukungan dan memperbaiki kesalahan 7. Agar lebih faham untuk dimengerti 8. Sebagai permulaan latihan dilakukan secara perlahan agar mempermudah dalam bicara 9. Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat
--	---	---	---	--

7	<p>Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan tirah baring (SDKI D.0139)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kerusakan jaringan 2. menurun 3. perdarahan menurun, elastisitas 4. meningkat <p>(SLKI L.14125)</p>	<p>Perawatan Integritas Kulit(I.11353) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ubah posisi tiap 2 jam 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4. Hindari produk berbasah alkohol pada kulit kering <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan menggunakan pelembab 6. Anjurkan minum air yang cukup 7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi <p>Perawatan Tirah Baring(I.14572) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kondisi kulit 2. Monitor komplikasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui penyebab gangguan integritas kulit 2. Untuk mencegah lesi ditubuh agar tidak bertambah parah 3. Menjaga kebersihan agar tidak bertambah parah 4. Agar tidak terjadi iritasi pada kulit 5. Agar kulit pasien dalam keadaan lembab dan tidak kering 6. Agar pasien tidak dehidrasi 7. Agar asupan nutrisi pasien terpenuhi 8. Untuk mengetahui kondisi kulit 9. Untuk mengetahui adanya komplikasi atau tidak 10. Agar tidak memperburuk keadaan 11. Agar mengerti dilakukan tirah
---	--	--	---	--

			<p>tirahbaring</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Tempatkan pada kasus terapeutik</p> <p>4. Pertahankan kebersihan klien</p> <p>Edukasi</p> <p>5. Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring</p>	baring
8	<p>Resiko jatuh ditandai dengan penurunan kekuatan otot (SDKI D.0143)</p>	<p>keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurundengan, Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat berjalan menurun 4. Jatuh saat dikamar mandi menurun <p>(SLKI L.14138)</p>	<p>Pencegahan Jatuh (L.14540)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor resiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan kesadaran, defisit kognitif) 2. Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh 3. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pasang handrail tempat tidur 5. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan memanggil 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi resiko jatuh 2. Untuk mengetahui faktor lingkungan yang dapat meningkatkan resiko jatuh 3. Agar kita tahu tingkat resiko pada pasien 4. Untuk mengurangi resiko jatuh 5. Untuk mengantisipasi apabila pasien jatuh tak memperburuk

			perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 7. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh	keadaan 6. Agar resiko jatuh berkurang 7. Untuk mengurangi resiko jatuh
--	--	--	---	---

2.2.5 Implementasi Keperawatan

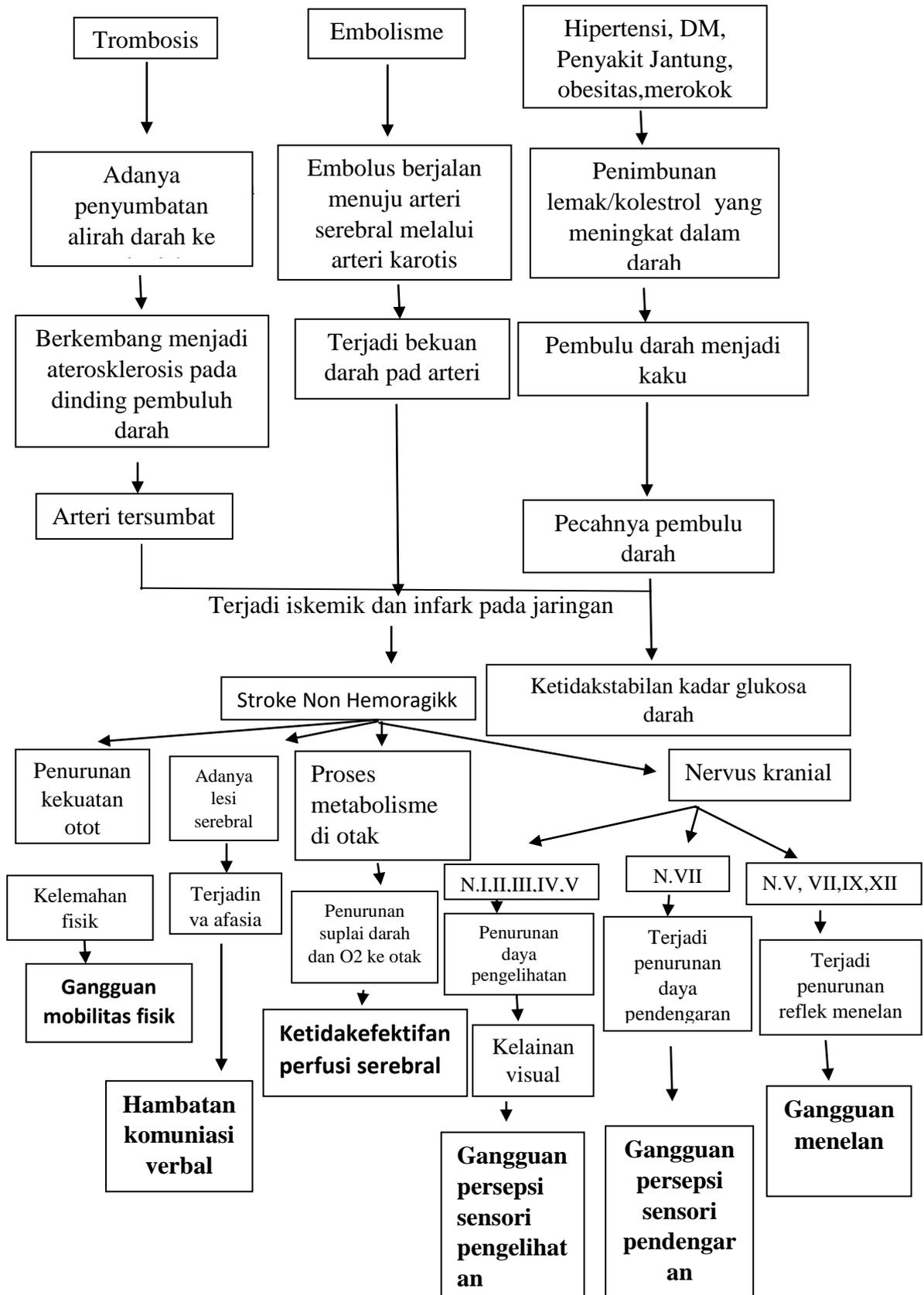
Tahap implementasi atau pelaksanaan merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Pada tahap ini, perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien.

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

2.3 Web Of Caution (WOC)

Gambar 2. 2 kerangka masalah CVA Infark



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny. J dengan diagnosa medis CVA infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 24 Januari 2023 sampai dengan 27 Januari 2023 dengan data pengkajian pada tanggal 27 Januari 2023 jam 08.00 WIB. Anamnese diperoleh dari klien dan file No. 2118xx sebagai berikut.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Klien adalah seorang perempuan asal driyorejo Gresik berusia 68 tahun bernama Ny. J berat badan pasien 90 kg, tinggi badan pasien 169 cm, pasien mengatakan beragama islam, pasien menggunakan bahasa indonesia sebagai bahasa sehari-hari, pasien tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga.

3.1.2 Keluhan utama

Pasien mengeluh sesak nafas

3.1.3 Riwayat penyakit sekarang

Keluarga pasien mengatakan Pada tanggal 23 Januari 2023 kurang lebih pukul 20.00 WIB. Saat itu pasien duduk tiba-tiba suhu tubuh pasien panas sampai 39°C, pasien kejang dan tidak sadarkan diri, keluarga pasien membawa pasien ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya Pada tanggal 23 Januari 2023 pukul 22.00

dengan keluhan pasien tidak sadarkan diri, pasien dipindahkan ke ruang VII pada 24 Januari 2023 pukul 08.00, pasien di diagnosa CVA INFARK.

3.1.4 Riwayat penyakit dahulu

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien pernah terkena stroke tahun 2020 dan dirawat di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, pasien juga mempunyai riwayat penyakit Hipertensi dan Diabetes Militus

3.1.5 Riwayat penyakit keluarga

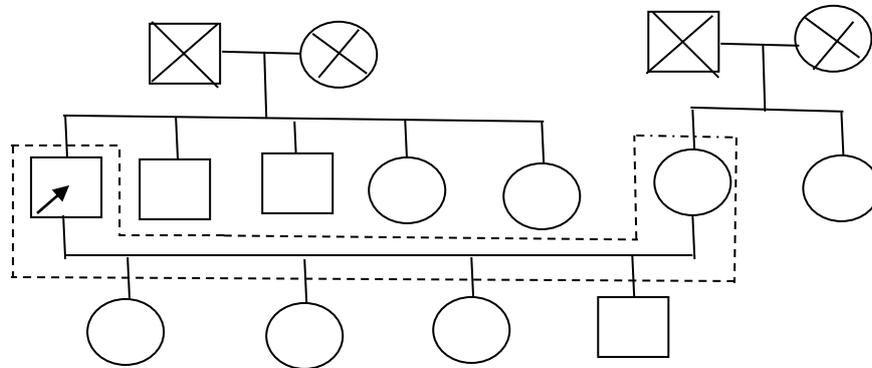
Keluarga pasien mengatakan tidak ada riwayat pada keluarganya

3.1.6 Riwayat alergi

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi baik alergi makanan atau alergi obat-obatan

3.1.7 Genogram

Gambar 3. 1 Genogram



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊗ : Meninggal
- : Tinggal serumah
- : Ada hubungan darah

3.1.8 Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien baik, pasien terpasang infus NS 500 di tangan sebelah kanan, pasien terpasang *folly cateter urine*, observasi tanda tanda vital, tekanan darah : 126/69 mmHg, Nadi : 82x/menit, RR : 24x/menit, Suhu : 36,1°C, Antropometri : Tinggi badan pasien 169 cm, Berat badan pasien sebelum masuk rumah sakit 59 kg, berat badan pasien setelah masuk rumah sakit 59 kg.

1. B1 Sistem pernafasan (*Breathing*)

Saat dilakukan pemeriksaan inspeksi pada pasien didapatkan bentuk dada pasien *normo chest*, pergerakan dada simetris, otot bantu nafas tambahan cuping hidung, irama nafas pasien reguler, tidak ada kelainan, pola nafas pasien cepat, pasien merasa sesak nafas, pasien tidak batuk, tidak ada sputum, tidak ada sianosis, pasien menggunakan rebreathing mask 10 lpm. pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada dada pasien, pada pemeriksaan perkusi terdapat suara sonor, pada pemeriksaan auskultasi tidak ada suara nafas tambahan, suara nafas pasien vesikuler, RR :24x/Menit.

Masalah Keperawatan : Pola nafas tidak efektif

2. B2 Sistem Kardiovaskuler (*blood*)

Pada saat dilakukan inspeksi tidak tampak benjolan atau lesi, tidak ada sianosis, konjungtiva tidak anemis. Pada saat dilakukan palpasi tidak ada nyeri dada, irama jantung reguler, CRT < 2 detik, bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, akral hangat, nadi radialis teraba kuat dengan frekuensi 82x/menit, tekanan darah 126/69 mmHg.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. B3 sistem persyarafan (*Brain*)

Kesadaran pada pasien composmentis, GCS 456 = 15, pupil isokor, pasien mengatakan pusing, reflek cahaya segala arah, reflek fisiologis : Biceps +/+, triceps +/+, patela +/-, babinski +/+, reflek achilles +/-, nervus kranial saat dilakukan pengkajian reflek fisiologis didapatkan kelemahan fisik pada kaki kanan,

Tabel 3. 1 pemeriksaan syaraf kranial

Nervus	Nama Syaraf	Pemeriksaan
I	Olfaktori	pasien mampu membedakan aroma.
II	Optik	pasien dapat melihat dengan normal.
III	Okulomotor	pasien mampu membuka kedua matanya.
IV	Troklar	pasien mampu menggerakkan kedua bola matanya.
V	Trigeminal	pasien mampu menelan.
VI	Abdusen	pasien mampu menggerakkan bola matanya.
VII	Fasialis	wajah pasien simetris, dapat membuka mata.
VIII	Vestibulocochlear	pasien mendengar dengan normal.
IX	Glosfaringeal	pasien dapat merasakan makanan.
X	Vagus	Faring dan laring normal tidak ada gangguan
XI	Accesorius	pasien bisa menggerakkan kedua lengan.
XII	Hypoglous	pasien mampu menggerakkan lidah.

Masalah keperawatan : Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial

4. B4 sistem perkemihan (*Bladder*)

Pemeriksaan perkemihan pada pasien, pasien terpasang *folly cateter*, kebersihan pasien baik ekresi baik, keadaan kandung kemih baik, tidak ada nyeri tekan, eliminasi uri SMRS 4-5 kali sehari dengan jmlah ± 500 cc/24 jam berwarna kuning cerah, eliminasi uri MRS 4-5 kali sehari ± 500 cc/24 jam dengan warna kuning kecoklatan.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

5. **B5 Sistem pencernaan (*Bowel*)**

Mulut pasien tampak bersih, membran mukosa tampak lembab, tidak ada gigi palsu, sebelum masuk rumah sakit pasien tidak Diit, nafsu makan pasien normal, porsi makan 1 porsi, masuk rumah sakit pasien dikasih Diit rendah gula, frekuensi 3x sehari, nafsu makan pasien menurun, porsi makan setengah porsi, pasien kadang mual, tidak terpasang NGT, frekuensi minum 750 cc/hari, jenis air putih, tidak ada oedem pada abdomen, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri pada abdomen, tidak terdapat hemoroid pada anus, eliminasi SMRS 2 hari sekali, warna kuning, konsistensi lembek, eliminasi alvi MRS 2 hari sekali, warna kuning, konsistensi lembek.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. **B6 sistem muskuloskeletal & intergumen (*Bone*)**

Tidak terdapat fraktur pada pasien, kemampuan bergerak terbatas, ROM terbatas pada anggota tubuh bagian kanan bawah, persendian ekstremitas kanan bagian bawah tampak kaku tidak bisa digerakkan.

Kekuatan Otot :	4	4
	1	4

Masalah keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik

7. **Endokrin**

Tidak ada pembesaran tyroid, gula darah sewaktu pasien 286 g/dl

Masalah keperawatan : hiperglikemi

8. **Seksual reproduksi**

Pasien tidak pernah memeriksa masalah reproduksi sosial

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

9. Kemampuan perawatan diri

Tabel 3. 2 kemampuan perawatan diri pasien

Aktivitas	SMRS	MRS	Keterangan/skor
Mandi	1	3	Mandiri : 1
Berpakaian/dandan	1	3	Alat bantu : 2
Toileting/eliminasi	1	3	Dibantu orang lain : 3
Mobilitas di tempat tidur	1	3	Tidak mampu : 4
Berjalan	1	4	
Naik tangga	1	4	
Memasak	1	3	
Berbelanja	1	3	
Pemeliharaan rumah	1	3	
Berpindah	1	3	

3.1.9 Pola fungsi kesehatan Ny. J

1. Pola persepsi hidup sehat

Pasien jarang berolahraga pasien hanya tiduran dirumah

2. Pola nutrisi dan metabolisme

Nafsu makan pasien sebelum masuk rumah sakit habis satu porsi frekuensi makan tiga kali sehari, nafsu makan pasien masuk rumah sakit menurun pasien Cuma menghabiskan setengah porsi

3. Pola eliminasi

Seelum masuk rumah sakit frekuensi BAK pasien 4-5 kali sehari, setelah masuk rumah sakit pasien terpasang kateter urin bag pasien 500 cc/24 jam

warna kuning, frekuensi BAB pasien sebelum masuk rumah sakit dua hari sekali konsistensi lembek, saat masuk rumah sakit pasien tidak diare BAB pasien 2 hari sekali konsistensi lemak

4. Pola istirahat dan tidur

Pasien tidur siang dan malam hari, tidur siang pasien dua sampai tiga jam kemudian pada malam hari pasien tidur selama kurang lebih tujuh jam, pasien tidak mengalami kesulitan tidur dan tidak menggunakan obat untuk membuat tidur

5. Pola aktivitas dan latihan

Pasien jarang berolahraga, aktivitas pasien dirumah hanya memasak dan membersihkan rumah, di rumah sakit pasien tidak bisa beraktifitas dikarenakan pasien mengalami kelumpuhan pada kaki kirinya, kemampuan pasien merawat dirinya diantu keluarga dan perawat rumah sakit.

6. Pola persepsi dan konsep diri

Pasien berperan sebagai ibu rumah tangga, interaksi pasien sama keluarga dan tetangga baik-baik saja, sikap pasien baik santai tidak ada ciri-ciri kalau pasien mudah marah

7. Pola hubungan dan peran

Hubungan pasien dengan keluarga dan masyarakat sekitar tidak ada masalah, pasien tinggal bersama suaminya, pasien sebagai ibu rumah tangga

8. Pola sensori kognitif

Pasien bisa melihat tidak ada masalah pada matanya, pasien juga bisa mendengar, merasakan makanan, dan pasien bisa membedakan aroma, pasien masi bisa mengingat kejadian di masalalu

9. Pola reproduksi seksual

Pasien tidak memiliki riwayat penyakit genital

10. Pola penanggulangan stress

Pasien jika stres hanya menonton Tv, pasien tidak pernah mengkonsumsi obat penghilang stres

11. Pola tata nilai dan keyakinan

Pasien beragama islam, pasien tidak pernah telat sholat lima waktu

3.1.10 Pemeriksaan penunjang

1. Darah lengkap

Tanggal pemeriksaan 23 Januari 2023

Tabel 3. 3 Pemeriksaan Laboratorium

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Leukosit	22.88	$10^3/\mu\text{L}$	4.00-10.00
Eosinofil#	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	0.02-0.50
Eosinofil%	0.00	%	0.5-5.0
Neutrofil#	19.36	$10^3/\mu\text{L}$	2.00-7.00
Neutrofil%	84.60	%	50.00-70.00
Limfosit%	9.20	%	20.00-40.00
Monosit#	1.36	$10^3/\mu\text{L}$	0.12-1.20
IMG%	0.100	%	0.16-0.62

MCV	79.7	Fmol/cell	80-100
MCH	25,0	Pg	26-34
MCHC	31.4	g/dl	32-36

2. Foto

Foto thorak pada tanggal 23 Januari 2023

Cor : prominent

Pulmo : infiltrat/perselubungan (-)

Diaphragma dan sinus baik

Tulang-tulang baik

Kesan :

- Cor prominent

3. CT SCAN pada 24 Januari 2023

Tampak massa dense vertex kanan, System ventrikel & cisterna normal, Deviasi midline structure tidak ada, Cerebellum, pons & cerebellopontine angle baik, Sulci & gyri normal, Klasifikasi abnormal tidak ada, Orbita & nervus optikus kanan kiri normal, Sinus paranasalis kanan kiri normal, Infark korona radiata caps interna kiri dan basal gnglia kiri.

Kesimpulan :

Massa dense vortex kanan

Infark korona radiata caps interna kiri dan basal ganglia kiri

1. Terapi obat yang didapat

Tabel 3. 4 Terapi Obat Pasien

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
1	Ceftriaxone 2x1	1 gr	Iv	Antibiotik untuk engobti infeksi bakteri
2	Antrain 3x bila suhu > 38°C	500 mg	iv	Untuk meredakan demam tinggi
3	Dexametashone 3x1	5 mg	Iv	Menangani berbagai kondisi peradangn, reaksi alergi, penyakit aotoimun, dan multiple myeloma
4	Omeprazole 2x1	40 mg	Iv	Untuk menurunkan kadar asam lambung yang diproduksi lambung
5	Ondanseron 2x1	4 mg	Iv	Mual dan muntah
6	Ranitidin 2x1	25 mg	Iv	Untuk mengobati kelebihan produksi asam lambung
7	Citicolin 1x1	250 mg	Iv	Untuk meningkatkan aliran darah dan konsumsi oksigen ke otak
8	Betahistin	6 mg	oral	Untuk menangani vertigo, gangguan pdengaran, dan telinga berdenging yang disebabkan oleh penyakit meniere
9	Domperidone	10 mg	oral	Untuk mual dan muntah
10	Fenofibrate	300 mg	oral	Untuk membantu menurunkan kolestrol
11	Alupurinol	100 mg	oral	Untuk menurunkan kadar asam urat darah

3.2 Analisa data

Tabel 3. 5 Analisa Data Pasien

No	Data (Symptom)	Penyebab (Etiologi)	Masalah (Problem)
1	<p>DS: pasien mengatakan sakit kepala</p> <p>DO:</p> <p>a. pasien tampak lesu</p> <p>b. kesadaran composmentis 456</p> <p>TD 140/90 mmHg, Nadi : 95x/menit, suhu 36,1° C, RR : 24x/menit</p> <p>c. Hasil CT Scan : Infar korona radiata caps interna kiri dan basal ganglia kiri, massa dense vertex kanan</p>	Stroke iskemik	<p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial</p> <p>Gangguan mekanisme dinamika</p> <p>(D.0066)</p>
2	<p>DS:</p> <p>a. pasien mengeluh tidak dapat menggerakkan kaki bagian kanan</p> <p>b. pasien mengatakan ROM menurun</p> <p>DO:</p> <p>a. kekuatan otot menurun</p> $\begin{array}{c c} 4 & 4 \\ \hline 1 & 4 \end{array}$ <p>b. pasien tidak dapat menggerakkan kaki bagian kanan</p> <p>c. mobilitas pasien dibantu keluarga</p> <p>d. ROM pasien terbatas</p>	Penurunan kekuatan otot	<p>Gangguan mobilitas fisik</p> <p>Keterbatasan dalam gerak fisik</p> <p>(D.0054)</p>

3	<p>DS:</p> <p>a. pasien mengatakan sesak nafas</p> <p>DO:</p> <p>a. otot bantu nafas tambahan cuping hidung</p> <p>b. pola nafas abnormal (takipneu)</p> <p>c. RR : 24x/menit</p> <p>d. menggunakan rebreathing mask 10 lpm</p>	Depresi pusat pernafasan	<p>Pola nafas tidak efektif</p> <p>Inspirasi atau exspirasi tidak menimbulkan ventilasi adekuat (D.0005)</p>
4	<p>DS:</p> <p>a. pasien mengatakan sering merasa lapar</p> <p>DO:</p> <p>a. GDS 299 mg/dl ditemukan tanggal 25 Januari 2023</p> <p>b. mulut pasien tampak kering</p>	Hiperglikemi	<p>ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>(D.0027)</p>

3.2.1 Prioritas masaah

Tabel 3. 6 Prioritas Msalah Pasien

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		ditemukan	Teratasi	
1	Pola nafas tidak efektif	24 Januari 2023	27 Januari 2023	<i>Sandy</i>
2	Ketidakseimbangan kadar glukosa pada darah	25 Januari 2023	Belum teratasi	<i>Sandy</i>
3	Gangguan mobilitas fisik	24 Januari 2023	27 Januari 2023	<i>Sandy</i>
4	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial	24 Januari 2023	Belum teratasi	<i>Sandy</i>

3.3 Intervensi keperawatan

Tabel 3. 7 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial ditandai berhubungan dengan stroke iskemik (D.0066)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x24 jam diharapkan kapasitas intrakranial meningkat dengan kriteria hasil : (L.06049) <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Tekanan darah membaik 4. Pola napas membaik 5. Tekanan nadi membaik 	<p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP 4. Monitor status pernapasan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan posisi semi fowler 6. Cegah terjadinya kejang 7. Pertahankan suhu tubuh normal

2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil : (L.05042) <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak meningkat 4. Kelemahan fisik menurun 	Dukungan ambulasi (I.06171) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi melakukan mobilitas fisik, jika perlu 6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 8. Anjurkan melakukan ambulasi dini
3	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan distress pernafasan (D.0005)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x24 jam diharapkan pola nafas membaik, dengan kriteria hasil : (L.01004) <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu nafas 	Manajemen jalan napas (I.14509) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas (mis. <i>Gurgling</i>, mengi,

		<p>menurun</p> <p>3. Frekuensi nafas membaik</p>	<p><i>whezing</i>, ronkhi kering)</p> <p>3. Monitor sputum (jumlah,warna,aroma)</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift</i> (<i>jaw-thrust</i> jika curiga trauma vertikal)</p> <p>5. Posisikan semi fowler atau fowler</p> <p>6. Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>7. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi</p>
4	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubunga dengan hiperglikemi (D.0027)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengn kriteria hasil : (L.03022)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengantuk menurun 2. Pusing menurun 3. Kadar glukosa dalam darah membaik 	<p>Manajemen hiperglikemi (I.03115)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin mningkat(mis. Penyakit kambuhan) 3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)

			<p>5. Monitor intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik</p> <p>6. Berikan asupan cairan oral</p> <p>7. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemi tetap ada atau tambah buruk</p> <p>8. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik</p>
--	--	--	--

3.4 Implementasi keperawatan

Tabel 3. 8 implementasi keperawatan

N0 Dx	Tanggal /waktu	Implementasi	Paraf	Tanggal/waktu	Evaluasi	paraf
1,2,3	24 Januari 2023 08.00 08.15	<p>Memberi salam, membina hubungan saing percaya</p> <p>- mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (infark korona radiata caps interna kiri dan basal ganglia kiri)</p> <p>-memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD: 140/90, Nadi : 95x/menit, GCS E :4, V:</p>	<i>Sandy</i>	24 Januari 2023 13.00	<p>Diagnosa keperawatan 1 :</p> <p>S :pasien mengatakan pusing</p> <p>O:</p> <p>-TTV : TD : 126/89, N: 82x/menit, S : 36,1°C, RR: 24x/menit,Spo2: 100%, GCS E: 4, V:5, M:6</p> <p>-MAP=101</p>	<i>Sandy</i>

	<p>08.30</p> <p>09.00</p> <p>09.20</p> <p>09.50</p> <p>10.15</p> <p>10.30</p>	<p>5, M:6)</p> <p>-memonitor MAP (140(2x90))/3 =107 mmHg</p> <p>-memberikan pasien posisi semi flower</p> <p>- identifikasi adanya nyeri, kaji kekuatan otot, mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali,</p> <p>- melatih pasien melakukan pergerakan, melibatkan keluarga pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>- monitor tingkat kemandirian pasien (mobilitas pasien dibantu keluarga)</p> <p>- monitor frekuensi, irama, dan upaya nafas (frekuensi nafas 24x/menit, irama napas reguler)</p> <p>- monitor pola nafas (pola cepat)</p>			<p>-pasien tampak lesu</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>Diagnosa keperawatan 2</p> <p>S : pasien mengatakan kaki kananya tidak bisa digerakan</p> <p>O :</p> <p>-kaki psien sebelah kanan tidak bisa digerakkan</p> <p>-ROM terbatas</p> <p>-kekuatan otot menurun</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Diagnosa keperawatan 3</p>	4	4			1	4	
4	4											
1	4											

					<p>S : pasien mengatakan sesak nafas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> -pasien terpasang rebreting mask 13 lpm -RR : 24x/menit -pola nafas pasien reguler -suara nafas vesikuler <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
1,2,3,4	<p>25 Januari 2023</p> <p>08.00</p> <p>08.15</p> <p>08.30</p>	<p>- menanyakan kondisi umum pasien, identifikasi adanya</p> <p>- mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (infark korona radiata caps interna kiri dan basal ganglia kiri)</p> <p>- memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD: 147/67, Nadi : 67x/menit, GCS E :4, V:</p>	<i>Sandy</i>	<p>25 Januari 2023</p> <p>13.00</p>	<p>Diagnosa keperawatan 1</p> <p>S: pasien mengatakan masih pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Observasi TTV, TD : 125/70, N: 75x/menit, S: 36,4°C, RR : 24x/menit, Spo2 : 100%, GCS, E: 4, V:5, M: 6 -MAP=88 mmHg <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	<i>Sandy</i>

		5, M:6)			
08.40		- memonitor MAP (147+(2x67))/3=94 mmHg			Diagnosa keperawatan 2
08.50		- identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya, kaji kekuatan otot pasien, mengubah posisi pasien tiap 2jam sekali			S: pasien mengatakan kesemutanya menurun
09.15		- melatih pasien melakukan pergerakan, melibatkan keluarga pasien dalam meningkatkan ambulasi			O :
10.00		-monitor tingkat kemandirian (mobilitas masi dibantu keluarga)			-pasien sedikit bisa menggerakkan kakinya
10.15		- Monitor pola nafas			-kekuatan otot
11.00		- monitor frekuensi, irama, dan upaya nafas (frekuensi nafas 24x/menit, irama nafas reguler)			$\begin{array}{r l} 4 & 4 \\ \hline 3 & 4 \end{array}$
11.15		- monitor kadar glukosa darah			A : masalah teratasi sebagian
11.40		-mengedukasi pasien agar diit dan olahraga			P : intervensi dilanjutkan
					Diagnosa keperawatan 3
					S: pasien mengatakan masih sesak
					O :
					-frekuensi nafas 24x/menit

					<p>- Pasien menggunakan rebreathing mask 10 lpm</p> <p>-RR 24x/menit</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Diagnosa keperawatan 4</p> <p>S : pasien mengatakan sering merasa lapar</p> <p>O :</p> <p>-GDS pasien 299 mg/dl</p> <p>-mulut tampak kering</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
1,2,3,4	26 Januari 2023 08.00	-Menanyakan keadaan umum pasien	<i>Sandy</i>	26 Januari 2023 13.00	<p>Diagnosa keperawatan 1</p> <p>S : pasien mengatakan pusing sudah berkurang</p> <p>O : -TTV, TD : 135/69, N : 75x/menit, S : 36,1°C, RR :</p>	<i>Sandy</i>

	08.20	- Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (infark korona radiata caps interna kiri dan basal ganglia kiri)			20x/menit, spo2 : 98%	
	08.40	- memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD: 124/53, Nadi : 70x/menit, GCS E :4, V: 5, M:6)			-MAP = 91	
	09.00	-memonitor MAP (124+(2x53))/3=77 mmHg			A : masalah belum teratasi	
	09.30	- monitor asupan makanan pada pasien			P : intervensi dilanjutkan	
	09.50	- identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya, kaji kekuatan otot pasien, mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali			Diagnosa keperawatan 2	
	10.15	- melatih psien melakukan pergerakan, melibatkan kluarga pasien dalam meningkatkan ambulasi			S : pasien mengatakan kakinya sudah bisa digerakkan	
	10.30	- monitor tingkat kemandirian pasien (mobilitas pasien mandiri)			O :	
					-pasien mampu menggerakkan kaki kananya	
					-Kekuatan otot	
					$\begin{array}{c c} 4 & 4 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$	
					A: masalah teratasi	
					P :Intervensi dihentikan	
					Diagnosa keperawatan 3	

	11.00	- monitor pola nafas(pola napas pasien cepat)			S : pasien mengatakan tidak sesak lagi	
	11.30	- monitor frekuensi, irama dan upaya nafas (frekuensi napas 20x/menit)			O :	
	12.00	- monitor kadar glukosa darah pasien			-pasien sudah tidak memakai rebreting mask, -RR pasien 20x/menit -otot bantu napas tambahan tidak ada A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan	
					Diagnosa keperawatan 4 S : pasien mengatakan sering lapar O : -GDS pasien 192 g/dl -mulut pasien tampak kering A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	

BAB 4 PEMBAHASAN

Pada bab 4 ini membahas tentang proses asuhan keperawatan pada pasien Ny. J dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya mulai tanggal 22 Januari sampai dengan 28 Januari 2023. Melalui pendekatan kasus untuk mendapatkan pembahasan antara fakta dan teori di lapangan yang disertai analisa atau opini penulis. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Rizal, 2019) penulis melakukan pengkajian pada Ny. J dengan cara anamnesa pada pasien dan keluarga pasien, pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data penunjang medis.

Pada 24 Januari 2023 pukul 08.00 WIB dilakukan pengkajian, pasien merupakan seorang perempuan asal driyorejo Gresik berusia 68 tahun. Pada pengkajian didapatkan pasien dalam keadaan lemah, terpasang infus Ns 500 di tangan bagian kanan, pasien terpasang *folly cateter*, pasien menggunakan rebreathing mask 10 lpm dengan keluhan utama pasien mengeluh sesak nafas, Pasien mengalami kelumpuhan pada kaki kanannya hal ini disebabkan karena adanya sumbatan pembuluh darah di otak hal itu menyebabkan penurunan sirkulasi darah ke otak dan menyebabkan aliran darah ke otak terganggu menurut

(Tejo, 2017) masalah yang sering muncul pada pasien stroke yakni kelumpuhan atau kelemahan pada otot, hilangnya kesadaran, spastitas gerakan otot yang tidak disadari.

Pasien mengatakan pernah mengalami stroke tahun 2020, pasien tidak memiliki alergi dan riwayat penyakit keluarga, saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah : 126/69 mmHg, nadi : 82x/menit, RR : 24x/menit, suhu : 36,1°C, kesadaran pasien composmentis GCS 456 = 13 E : 4 (respon membuka mata, pasien membuka mata spontan), V : 5 (respon verbal, pasien berkata jelas), M : 6 (respon motorik, pasien mampu menggerakkan tubuh), pada pemeriksaan nervus kranial didapatkan : Nervus olfaktorius (N.I) pasien mampu membedakan aroma, Nervus optikus (N.II) pasien dapat melihat dengan normal, nervus okulomotorius (N.III) pasien mampu membuka kedua matanya, Nervus rochlearis (N.IV) pasien dapat menggerakkan kedua bola matanya, Nervus trigeminus (N.V) pasien mampu menelan, Nervus abducens (N.VI) pasien mampu menggerakkan bola maanya, Nervus fasialis (N.VII) wajah pasien simetris, Nervus akustikus (N.VIII) pasien dapat mendengar dengan jelas, Nervus glosovaringeus (N.IX) pasien dapat merasakan makanan, Nervus vagus (N.X) pasien mampu menelan perlahan ketika faring posterior disentuh, Nervus assorius (N.XI) pasien dapat menggerakkan kedua lengan, Nervus hipoglosus (N.XII) pasien mampu menggerakkan lidah.

4.1.1 Identitas

Penulis mendapatkan data Ny. J adalah seorang perempuan asal driyorejo Gresik berusia 68 tahun, pasien beragama islam, pasien tidak bekerja atau jadi ibu rumah tangga, saat ini penanggung jawab perawatan dirumah sakit pasien menggunakan BPJS Mandiri menurut (Silfia, 2021) Stroke Infark terjadi karena suplai darah ke otak terganggu dikarenakan pembuluh darah di otak terjadi penyumbatan. Hal ini yang terjadi pada Ny. J yang menyebabkan sebagian fungsi tubuh Ny. J mengalami kelumpuhan dikarenakan adanya penyumbatan darah di otak.

4.1.2 Riwayat Sakit Dan Kesehatan

1. Keluhan utama

Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data bahwa pasien Ny. J mengatakan sesak nafas, setelah dilakukan tindakan keperawatan dari tanggal 24 Januari 2023 sampai 26 Januari 2023 pasien mengatakan keluhan sesak nafas menurun pada tanggal 27 Januari 2023. Pasien stroke juga dapat mengalami gangguan pernapasan paska stroke. Sesak napas pada pasien stroke dapat timbul karena kelemahan otot pernapasan, imobilitas pasien yang hanya berbaring terus sehingga fungsi pembersihan jalan napas kurang baik dan saluran pernapasan mudah mengalami infeksi.

2. Riwayat penyakit sekarang

Hasil pengkajian yang didapatkan penulis dari keluarga pasien Keluarga pasien mengatakan Pada tanggal 23 Januari 2023 kurang lebih pukul 20.00 WIB. Saat itu pasien duduk tiba-tiba suhu tubuh pasien panas sampai 39°C, pasien kejang dan tidak sadarkan diri, keluarga pasien membawa pasien ke

IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya Pada tanggal 23 Januari 2023 pukul 22.00 dengan keluhan pasien tidak sadarkan diri, pasien dipindahkan ke ruang VII pada 24 Januari 2023 pukul 08.00, pasien di diagnosa Cva Infark. Pada pengkajian tanggal 24 Januari dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil yang didapatkan hasil tekanan darah : 126/69 mmHg, Nadi : 82x/menit, RR : 24x/menit, Suhu : 36,1°C, GCS : E : 4, V : 5, M : 6, kesadaran pasien composmentis, pasien terpasang infus Ns 500 di tangan sebelah kanan.

3. Riwayat penyakit dahulu

Pada pengkajian riwayat penyakit dahulu bahwa pasien pernah mengalami stroke pada tahun 2020, stroke kedua umumnya lebih ganas sehingga memiliki resiko kematian dan cacat permanen yang lebih besar. Pasien juga memiliki riwayat Hipertensi a Diabetes Militus menurut (Utama & Nainggolan, 2022) salah satu faktor yang menyebabkan stroke yaitu hipertensi dan Diabetes Militus

4. Riwayat penyakit keluarga

Data pada riwayat keluarga bertujuan untuk mendapat penyebab dari stroke dengan melakukan pengakjian kepada keluarga tentang adanya penyakit serupa yang dialami oleh keluarga atau penyakit keturunan seperti diabetes militus, hipertensi, data yang didapatkan pada pasien Ny. J bahwa orang tua atau keluarganya tidak mengidap penyakit stroke, hipertensi ataupun diabetes militus.

4.2 Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik penulis menggunakan pemeriksaan berupa B1-B6 dengan tujuan untuk mengetahui permasalahan terkait sistemnya. Pada tahap

pemeriksaan fisik ini penulis bisa mendapatkan data tentang masalah/keluhan yang dialami oleh pasien dan dapat diangkat menjadi diagnosa keperawatan. Berikut adalah beberapa pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan persistem.

1. B1 Sistem Pernafasan (*Breath*)

Pada pemeriksaan didapatkan data bahwa pasien mengeluh sesak nafas, bentuk dada pasien *normo chest*, pergerakan dada simetris, otot bantu nafas tambahan cuping hidung, irama nafas pasien reguler, tidak ada kelainan, pola nafas pasien cepat, pasien tidak batuk, tidak ada sputum, tidak ada sianosis, pasien menggunakan rebreathing mask 10 lpm. pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada dada pasien, pada pemeriksaan perkusi terdapat suara sonor, pada pemeriksaan auskultasi tidak ada suara nafas tambahan, suara nafas pasien vesikuler, RR :24x/Menit. Penulis menemukan gejala mayor minor sehingga penulis mengangkat diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif

2. B2 Sistem Kardiovaskular (*Blood*)

Saat penulis melakukan inspeksi tidak tampak benjolan atau lesi, tidak ada sianosis, konjungtiva tidak anemis. Pada saat penulis melakukan palpasi tidak ada nyeri dada, irama jantung reguler, CRT < 2 detik, bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, akral hangat, nadi radialis teraba kuat dengan frekuensi 82x/menit, tekanan darah 126/69 mmHg. Berdasarkan hasil pemerisaan yang telah dilakukan oleh penulis tidak ada kelainan sehingga penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan

3. B3 Sistem Persarafan (*Brain*)

Sistem persyarafan pada pasien stroke sering kali bermasalah, hasil data yang didapatkan penulis didapatkan kesadaran pasien composmentis GCS : 456, pupil isokor, pasien mengatakan pusing, reflek cahaya segala arah, reflek fisiologis : Biceps +/+, triceps +/+, patela +/-, babinski +/+, reflek achilles +/-, nervus kranial saat dilakukan pengkajian reflek fisiologis didapatkan kelemahan fisik pada kaki kanan, pasien mengatakan sebelumnya kakinya bisa digerakkan, pada pemeriksaan sistem saraf kranial didapatkan

- I. Olfaktori Ny. J tidak mengalami gangguan pada saraf ini sehingga Ny. J dapat membedakan aroma disekitar
- II. Optik Ny. J dapat melihat dengan jelas dapat disimpulkan bahwa Ny. J tidak ada masalah persyarafan pada saraf optik
- III. Okulomotor Ny. J dapat menggerakkan bola matanya kebawah, keatas, ke kanan, ke kiri tanpa ada hambatan
- IV. Troklear Ny. J dapat menggerakkan bola mata memutar tanpa adanya hambatan
- V. Trigemial Ny. J mampu menelan makanan tanpa adanya hambatan
- VI. Abduksen Ny. J dapat menggerakkan bola mata serta kelopak bagian atas
- VII. Fasialis saat penulis melakukan pengkajian didapatkan data wajah Ny. J simetris, dapat menutup mata
- VIII. Vestibulocochlear Ny. J dapat mendengar dengan jelas apa yang kita sampaikan
- IX. Glosfaringeal Ny. J bisa merasakan makanan seperti asin, manis, ataupun asam

- X. Vagus saat dilakukan pengkajian faring dan laring Ny. J normal tidak ada gangguan
- XI. Accesorius Ny. J dapat menggerakkan kedua bahunya tanpa adanya gangguan
- XII. Hypiglosus Ny. J dapat menggerakkan lidahnya dan bisa merasakan makanan

Pada pemeriksaan B3 sistem persarafan Penulis mengangkat diagnosa keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrkranial berhubungan dengan stroke infark dikarenakan pasien mengalami pusing dikarenakan ada penyumbatan darah di otak.

4. B4 Sistem Perkemihan (*Bladder*)

Saat dilakukan pemeriksaan sistem perkemihan pada Ny. J didapatkan data pasien terpasang *folly cateter*, kebersihan pasien baik ekresi baik, keadaan kandung kemih baik, tidak ada nyeri tekan, eliminasi uri SMRS 4-5 kali sehari dengan jumlah ± 500 cc/24 jam berwarna kuning cerah, eliminasi uri MRS 4-5 kali sehari ± 500 cc/24 jam dengan warna kuning kecoklatan. Setelah dilakukan pemeriksaan pada sistem perkemihan pada Ny. J tidak ada data yang menunjukkan adanya gangguan pada sistem perkemihan maka penulis tidak dapat mengangkat diagnosa keperawatan.

5. B5 Sistem Pencernaan (*Bowl*)

Penulis melakukan pemeriksaan pada sistem pencernaan dengan mendata pencernaan pasien SMRS dan MRS didapatkan data Mulut pasien tampak bersih, membran mukosa tampak lembab, tidak ada gigi palsu, sebelum masuk rumah sakit pasien tidak Diit, nafsu makan pasien normal, porsi makan 1 porsi,

masuk rumah sakit pasien dikasih Diit rendah gula, frekuensi 3x sehari, nafsu makan pasien menurun, porsi makan setengah porsi, pasien kadang mual, tidak terpasang NGT, frekuensi minum 750 cc/hari, jenis air putih, tidak ada oedem pada abdomen, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri pada abdomen, tidak terdapat hemoroid pada anus, eliminasi SMRS 2 hari sekali, warna kuning, konsistensi lembek, eliminasi alvi MRS 2 hari sekali, warna kuning, konsistensi lembek.

6. B6 Sistem Muskuloskeletal (*Bone*)

Penulis melakukan pemeriksaan dan didapatkan data Ny. J Tidak terdapat fraktur pada, kemampuan bergerak terbatas, ROM terbatas pada anggota tubuh bagian kanan bawah, persendian ekstremitas kanan bagian bawah tampak kaku tidak bisa digerakkan.

Kekuatan Otot :

4	4
1	4

Setelah dilakukan pemeriksaan penulis mengangkat diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Menurut (Tejo, 2017) masalah yang sering muncul pada pasien stroke yakni kelumpuhan atau kelemahan pada otot, hilangnya kesadaran, spastitas gerakan otot yang tidak disadari.

4.3 Diagnosa keperawatan

Penulis membuat diagnosa keperawatan berdasarkan data subjektif dan objektif yang didapat penulis dari pengkajian pada pasien secara langsung, penulis menggunakan buku acuan keperawatan SDKI, SLKI, dan SIKI, penulis menemukan masalah keperawatan pada Ny. J sebagai berikut :

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (SDKI D.0066)

Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan stroke infark dan ditandai dengan pasien mengeluh pusing. Gangguan ini disebabkan oleh terjadinya penyumbatan darah di otak yang menyebabkan pasien mengeluh sakit kepala dan pusing dengan dilakukan pengkajian tanda-tanda vital TD : 126/69 mmHg, Nadi :82x/menit, RR : 24x/menit, Suhu 36°C, GCS 4/5 terdapat pada hasil pemeriksaan MSCT Scan : tampak massa dense vertex kanan, system ventrikel & systema normal, deviasi midline structure tidak ada, cerebellum, pons & cerebellopontine angle baik, sulci & gyri normal, klasifikasi abnormal tidak ada, orbita & nervus kanan kiri normal, sinus pranalis kanan kiri normal, infark korona radiata caps interna kiri dan basal ganglia kiri. Masalah keperawatan ini menurut penulis merupakan masalah yang serius dikarenakan terjadinya penyumbatan darah di otak jika fungsi otak terganggu maka dapat menyebabkan masalah keperawatan lainya atau membuat kondisi pasien semakin memburuk bahkan dapat menyebabkan kematian

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (SDKI D.0054)

Pada saat penulis melakukan pengkajian didapatkan pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan kaki kanannya dengan kekuatan otot

Kekuatan Otot :	4	4
	1	4

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik jelaskan pada pasien untuk melakukan gerak aktif dan pasif misal dengan cara merubah posisi pasien 2 jam sekali miring kanan miring kiri, cara tersebut digunakan agar melatih kekuatan otot pasien supaya tidak kaku, atau dapat dilakukan kolaborasi dengan tim medis untuk menjadwalkan pasien melakukan terapi fototerapi. Menurut (PPNI, 2016) gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

3. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan distres pernapasan (SDKI D.0005)

Setelah penulis melakukan pengkajian didapatkan pasien mengalami sesak nafas, pola nafas takipneu, pada diagnosa ini anjurkan pada pasien supaya minum air yang banyak, posisikan pasien dengan posisi semi fowler. Penulis mengangkat diagnosa keperawatan ini menjadi keluhan utama dikarenakan sistem pernafasan merupakan sistem yang paling di prioritaskan karena orang dapat dikatakan hidup jika bernapas, jika orang tidak bernapas maka sudah pasti dinyatakan meninggal

4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah ditandai dengan hiperglikemia (SDKI D.0027)

Setelah penulis melakukan pengkajian didapatkan data pasien mengelur sering lapar, mulut pasien kering kadar glukosa pasien tidak stabil hal ini disebabkan karen pola makan pasien yang tidak teratur, pasien jarang olah raga pada pemeriksaan gula darah pasien didapatkan hasil 299 maka dari itu kami mengangkat diagnosa tersebut.

4.4 Intervensi keperawatan

Penyusunan rencana tindakan keperawatan pada tinjauan pustaka penulis menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada buku keperawatan (SDKI, SLKI, SIKI). Semua yang terdapat dalam buku tersebut dicantumkan pada tinjauan pustaka. Penulis melakukan rencana asuhan keperawatan sesuai dengan acuan dari buku SIKI sehingga penulis bisa melakukan rencana asuhan keperawatan dengan baik dan benar. Tidak semua rencana asuhan keperawatan yang ada pada buku SIKI dapat diintervensikan pada pasien tapi harus disesuaikan dengan keadaan pasien dan melihat apa kriteria hasil yang ingin didapatkan penulis :

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

Penulis menggunakan intervensi keperawatan manajemen peningkatan intrakranial yang berpacu pada buku SIKI yang bertujuan agar adaptif intrakranial meningkat. Dengan harapan jika tekanan intrakranial dipantau tidak menjadi masalah yang lebih serius. Setelah dilakukan tindakan 2x24 jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat, dengan kriteria hasil tingkat kesadaran meningkat, sakit kepala menurun, tekanan darah membaik, tekanan nadi membaik. Dengan intervensi keperawatan Identifikasi penyebab peningkatan TIK (edema serebral); Monitor peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, serta pola napas; Memonitor MAP; Monitor penurunan tingkat kesadaran; Pertahankan posisi kepala dan leher netral; Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan; Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot

Penulis menggunakan intervensi utama meminimisasi rangsangan dengan kriteria hasil mobilitas fisik meningkat dengan maksud supaya pasien dapat mobilisasi secara mandiri. Setelah dilakukan tindakan 2x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentan gerak meningkat, kelemahan fisik menurun. Dengan intervensi keperawatan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, fasilitasi melakukan mobilisasi fisik jika perlu, libatkan keluarga dalam meningkatkan ambulasi, anjurkan melakukan ambulasi dini, jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi

3. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan distres pernapasan

Penulis menggunakan intervensi utama manajemen jalan nafas dengan tujuan keluhan sesak pada pasien menurun. Setelah dilakukan tindakan 2x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil Dispnea menurun, Penggunaan otot bantu nafas menurun, Frekuensi nafas membaik. Dengan intervensi keperawatan manajemen jalan nafas dengan monitor pola napas (mis, frekuensi, kedalaman, usaha nafas), monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering), monitor sputum (jumlah,warna,aroma), posisikan semi fowler atau fowler, lakukan fisioterapidada, jika perlu, berikan oksigen, jika perlu, anjurkan cairan oral 2000 ml/hari, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah ditandai dengan hiperglikemi

Penulis menggunakan intervensi utama manajemen hiperglikemi diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat. Setelah dilakukan tindakan 2x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil Mengantuk menurun, Pusing menurun, Kadar glukosa dalam darah membaik. Dengan intervensi manajemen hiperglikemi yaitu identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemi, monitor kadar glukosa darah, jika perlu, berikan asupan cairan oral, fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik, anjurkan menghindari olah raga jika gula darah lebih dari 250 mg/dl, anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olah raga, kolaborasi pemberian insulin, jika perlu, kolaborasi pemberian cairan IV jika perlu, kolaborasi pemberian kalium jika perlu

4.5 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tindakan dari intervensi keperawatan yang telah disusun pada rencana keperawatan sebelumnya, penulis tidak sepenuhnya menggunakan implementasi yang ada pada tinjauan pustaka dikarenakan penulis menyesuaikan kembali dengan keadaan pasien secara langsung agar memberikan hasil yang maksimal. Faktor lain yang perlu diperhatikan seperti faktor penunjang atau faktor penghambat yang penulis alami. Hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan seperti bekerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya sehingga asuhan keperawatan pada pasien menjadi lebih efektif dan maksimal.

1. Tindakan keperawatan Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan stroke infark tindakan yang dilakukan pada pasien pada tanggal 24 Januari 2023 yakni mengidentifikasi penyebab tekanan intrakranial (infark korona radiata caps interna kiri dan basal ganglia kiri), memonitor peningkatan TIK (TD: 140/90, Nadi : 95x/menit, GCS E :4, V: 5, M:6), memoitor MAP $(140(2 \times 90))/3 = 107$ mmHg, monitor tekanan nadi, monitor tekanan darah, monitor status pernafasan, monitor kesadaran, pertahankan suhu tubuh pasien pada batas normal. Penulis melakukan implementasi tersebut dikarenakan dikarenakan adanya penyumbatan darah di otak jika fungsi otak terganggu maka dapat menyebabkan masalah keperawatan lainnya atau membuat kondisi pasien semakin memburuk bahkan dapat menyebabkan kematian
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot tindakan yang dilakukan pada pasien pada tanggal 24 Januari 2023 yaitu indentifikasi adanya keluhan fisik lain, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah, fasilitasi aktifitas ambulasi, melibatkan keluarga untuk membantu pasien, melatih gerak tubuh pasien, ubah posisi tiap 2 jam. Penulis melakukan implementasi keperawatan tersebut agar pasien bisa mobilisasi supaya tidak terjadi hal yang diinginkan seperti kelumpuhan permanen
3. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan distress pernapasan tindakan yang dilakukan pada pasien tanggal 24 Januari 2023 yakni monitor pola napas, monitor bunyi napas, posisikan pasien semi fowler, tindakan tersebut bertujuan agar mengurangi keluhan sesak yang dialami pasien karena

pernafasan sangatlah penting orang bisa dikatakan hidup apabila bernapas, maka pernapasan merupakan diagnosa keperawatan yang di prioritaskan.

4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah ditandai dengan hiperglikemi tindakan yang dilakukan pada pasien yakni mengidentifikasi penyebab hiperglikemi, mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat, suruh konsultasi ke medis jika tanda dan gejala hiperglikemi makin buruk

4.6 Evaluasi keperawatan

Pada tinjauan pustaka evaluasi tidak dapat dilaksanakan dikarenakan kasus pada tinjauan pustaka adalah kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilaksanakan karena keadaan pasien diketahui secara langsung

1. Hasil evaluasi penurunan kapasitas adaptif intrakranial pada pasien terjadi karena pasien mengalami penyumbatan aliran darah ke otak dengan melakukan tes CT Scan dengan hasil : Infark korona radiata caps interna kiri dan basal ganglia kiri. Hasil evaluasi setelah dilakuan tindakan 2x24 jam tekanan darah 124/53 mmHg, Nadi 70x/menit, suhu 36,1°C, RR 20x/menit, Spo2 98%, GCS 456, tingkat kesadaran membaik.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot setelah dilakukan tindakan 2x24 jam yang sebelumnya pasien tidak bisa menggerakkan kaki kananya sekarang pasien sudah mampu menggerakkan kaki kanannya.
3. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan distres pernapasan setelah dilakukan tindakan 2x24 jam yang awalnya pasien mengeluh sesak nafas dan

pasien menggunakan rebreathing mask 10 lpm sekarang pasien sudah tidak mengeluh sesak nafas RR pasien 20x/menit

4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah ditadai dengan hiperglikemi setelah dilakukan tindakan 2x24 jam kadar glukosa darah belum stabil, intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

BAB 5 PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. J dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark

5.1 Kesimpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut.

1. Pengkajian dengan pasien dengan diagnosa medis CVA Infark dilakukan dengan pendekatan persistem mulai dari B1-B6. Pada pengkajian B1 (*Breathing*) didapatkan data bahwa pasien ada otot bantu nafas tambahan cuping hidung, pola nafas pasien dispneu, pasien menggunakan rebreathing mask 10 lpm, pada B3 (*Brain*) didapatkan data reflek fisiologis pasien pada pathela dan achiles bermasalah di ekstermitas bagian kanan, dan didapatkan data bahwa pasien tidak bisa menggerakkan kaki bagian kanan, pada B6 (*Bone*) didapatkan kekuatan otot pasien menurun pasien tidak bisa menggerakkan kaki bagian kanan
2. Dalam penegakan diagnosa keperawatan atau masalah keperawatan pada pasien, tidak semua masalah keperawatan yang ada di tinjauan pustaka tercantum pada tinjauan kasus. Penulis menegakkan diagnosa keperawatan

sesuai yang dialami oleh pasien secara langsung. Masalah keperawatan yang muncul yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial, gangguan mobilitas fisik ditandai dengan penurunan massa otot, pola nafas tidak efektif dan ketidakstabilan kadar glukosa darah

3. Intervensi keperawatan yang terdapat pada tinjauan pustaka tidak semuanya tercantum di tinjauan kasus. Intervensi yang dilakukan penulis menyesuaikan dengan diagnosa yang ditemukan pada pasien secara langsung.
4. Pelaksanaan implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis yakni dengan mendelegasikan kepada teman sejawat dan bekerja sama dengan perawat ruangan.
5. Keberhasilan proses asuhan keperawatan pada pasien belum berhasil sepenuhnya, hal ini dikarenakan terbatasnya waktu

5.2 Saran

Adapun saran-saran yang ingin disampaikan oleh penulis setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA infark adalah sebagai berikut :

5.2.1 Akademisi

Karya tulus ilmiah ini dapat menjadi sumber referensi bagi akademisi untuk memperdalam ilmu tentang proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA infark

5.2.2 Praktisi

1. Bagi pasien dan keluarga

Partisipasi keluarga dengan tenaga kesehatan dalam menangani kasus CVA infark, sangat dibutuhkan untuk memudahkan tenaga kesehatan melakukan proses asuhan keperawatan yang maksimal.

2. Bagi penulis

Dalam menyusun kasus pada pasien dengan diagnosa medis CVA infark, kerja sama dengan tim kesehatan dalam melakukan proses asuhan keperawatan sangat dibutuhkan untuk mengetahui perkembangan pasien.

3. Bagi pelayanan rumah sakit

Penanganan yang cepat dan tepat pada kasus CVA infark sangat dibutuhkan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut dari kerusakan mikrofaskuler dan sirkulasi

DAFTAR PUSTAKA

- Alvia, L., VDMA, Fähling, J., Industry, M., Nielsch, W., Abbildung, D., Turtle, P., Lanza, G. et al., Messe, H., Cases, U., Ar-anwendungen, P., Reality, A., Werkzeug, M., App, D., Vsm, S. I. M., E.V., T.-I. S. K., BSI, B. F. S. in der I., Group, S. S., Heller, J., ... Kommission, E. (2021). Alfia, Lutviana 2021. *Bitkom Research*, 63(2), 1.
http://forschungsunion.de/pdf/industrie_4_0_umsetzungsempfehlungen.pdf
https://www.dfki.de/fileadmin/user_upload/import/9744_171012-KI-Gipfpapier-online.pdf
[https://www.bitkom.org/sites/default/files/pdf/Presse/Anhaenge-an-PIs/2018/180607 -Bitkom](https://www.bitkom.org/sites/default/files/pdf/Presse/Anhaenge-an-PIs/2018/180607-Bitkom)
- Amin, M. S. (2018). Perbedaan Struktur Otak dan Perilaku Belajar Antara Pria dan Wanita; Eksplanasi dalam Sudut Pandang Neuro Sains dan Filsafat. *Jurnal Filsafat Indonesia*, 1(1), 38. <https://doi.org/10.23887/jfi.v1i1.13973>
- Anggraheni, D. F. (2020). *Karya tulis ilmiah Asuhan keperawatan Pada Tn. J Dengan Diagnosa Medis CVA (Cerebro Vascular Accident) Infark Di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan.*
- Arifianto. (2014). Klasifikasi Stroke Berdasarkan Kelainan Patologis dengan Learning Vector Quantiation. *Eeccis*, 8(2), 117–122.
<http://jurnaleeccis.ub.ac.id/index.php/eccis/article/viewFile/248/218>
- Delfina, X. (2021). *Program DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo 2021.*
- Karmah, R. (2020). roufatul. *Kaos GL Dergisi*, 8(75), 147–154.
<https://doi.org/10.1016/j.jnc.2020.125798>
<https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.02.002>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/810049>
<http://doi.wiley.com/10.1002/anie.197505391>
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780857090409500205>
- Kedokteran, J. I. (2019). *Medika Tadulako , Jurnal Ilmiah Kedokteran, Vol. 6 No. 1 Januari 2019.* 6(1).
- Laily, R. S. (2017). Hubungan Karakteristik Penderita dan Hipertensi dengan Kejadian Stroke Iskemik. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 5(1), 48–59.
<https://doi.org/10.20473/jbe.v5i1>.
- Pajri, R. N., Safri, & Dewi, Y. I. (2018). Gambaran Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Stroke. *Jurnal Online Mahasiswa*, 5(1), 436–444.
- RI, K. (2023). *N.* <https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke/page/surveilan.pptm.kemkes.go.id/kenali-gejala-dan-tanda-tanda-stroke-segera-ke-rs>
- Rizal, L. K. (2019). Tujuan Dan Tahapan Pengkajian Dalam Proses Keperawatan. *Ilmu Keperawatan*, 4. <https://osf.io/59jhz/download/?format=pdf>
- Silfia, M. (2021). *Karya tulis ilmiah.*
- Tejo, S. (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. *Dpp Ppni*, 3(7), 7125–

7132.

Ulfa, E. H. (2020). Pengaruh Terapi Genggam Bola Karet Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pa Sien Post Cva Infark. *SELL Journal*, 5(1), 55.

Utama, Y. A., & Nainggolan, S. S. (2022). Faktor Resiko yang Mempengaruhi Kejadian Stroke: Sebuah Tinjauan Sistematis. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 22(1), 549. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v22i1.1950>