

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN CVA *BLEEDING* DI
RUANG 7 RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**



Oleh:

Hans Hardian Witanto, S. Kep.
NIM. 22030049

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TAHUN 2022/2023**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN CVA *BLEEDING* DI
RUANG 7 RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Ners (Ns.)



Oleh :

Hans Hardian Witanto, S. Kep.
NIM. 22030049

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TAHUN 2022/2023**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pnrgrtahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang 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, 9 Januari 2023
Penulis,

Hans Hardian Witanto, S. Kep.
NIM. 22030049

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Hans Hardian Witanto, S. Kep.
NIM : 22030049
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *CVA Bleeding* Di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Setelah perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi Sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns.)

Surabaya, 9 Januari 2023
Pembimbing

Dr. Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB
NIP. 03.020

Mengetahui,
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners
Stikes Hang Tuah Surabaya

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep.,
NIP.

Disahkan di : Surabaya
Tanggal : 9 Januari 2023

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Hans Hardian Witanto, S. Kep.
NIM : 22030049
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *CVA Bleeding* Di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “Ners (Ns.)” pada prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji 1 : Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep. _____
NIP. 03.006

Penguji 2 : Dr. Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB _____
NIP. 03.020

Penguji 3 : Riyanto Budi Laksana, S.Kep., Ns. _____
NIP. 197712022006041004

**Mengetahui,
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners
Stikes Hang Tuah Surabaya**

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep.,
NIP.

Disahkan di : Surabaya
Tanggal : 9 Januari 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Ilmiah Akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebenar-benarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
2. Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, SKp., M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Ners yang telah memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Bapak Dr. Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB selaku Pembimbing yang dengan tulus bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta

perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Bapak Riyanto Budi Laksana, S.Kep., Ns., selaku penguji 1 yang telah tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Mama, Papa yang senantiasa mendoakan, memberikan semangat dan motivasi selama menempuh studi Profesi Ners dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Teman-teman seangkatanku yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir sehingga dapat terselesaikan, semoga hubungan pertemanan ini tetap terjalin.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 22 Juli 2021
Penulis

Hans Hardian Witanto, S.Kep
22030049

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR SINGKATAN	xi
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.3.3 Manfaat Penulisan	5
1.3.4 Metode Penulisan	6
1.3.5 Sistematika Penulisan.....	8
BAB 2	9
TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep CVA.....	9
2.1.1 Pengertian	9
2.1.2 Klasifikasi CVA	9
2.2 Konsep <i>CVA Bleeding</i>	13
2.2.1 Gambaran Umum Struktur Otak.....	13
2.2.2 Definisi <i>CVA Bleeding</i>	13
2.2.3 Etiologi	14
2.2.4 Patofisiologi.....	16
2.2.4.1 Faktor Resiko.....	16
2.2.4.2 Perdarahan Intra Serebral	22
2.2.4.3 Perdarahan Sub Arachnoid	23
2.2.4.4 NIHSS.....	24
2.2.5 Pathway	29
2.2.6 Manifestasi Klinik	30
2.2.7 Penatalaksanaan Medis dan Keperawatan.....	31
2.2.7.1 Penatalaksanaan Medis.....	31
2.2.7.2 Penatalaksanaan Keperawatan.....	32
2.2.8 Pemeriksaan Penunjang.....	32
2.2.9 Komplikasi.....	33
2.3 Asuhan Keperawatan Pasien dengan <i>CVA Bleeding</i>	33
2.2.1 Pengkajian	33
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	37
2.2.3 Perencanaan Keperawatan <i>CVA Bleeding</i>	39
2.2.4 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan <i>CVA Bleeding</i>	47
2.2.5 Evaluasi Asuhan Keperawatan <i>CVA Bleeding</i>	48
BAB 3	49

TINJAUAN KASUS	49
3.1 Pengkajian	49
3.1.1 Data Dasar	49
3.1.2 Pengkajian Persistem (<i>Review of System</i>)	50
3.1.3 Pemeriksaan Penunjang	52
3.1.4 Terapi Medis	54
3.2 Analisa Data	55
3.3 Diagnosa Keperawatan	56
3.4 Intervensi Keperawatan	57
3.5 Implementasi Keperawatan	62
BAB 4	70
PEMBAHASAN	70
4.1 Pengkajian	70
4.2 Diagnosa Keperawatan	78
4.3 Perencanaan	82
4.4 Implementasi	84
4.5 Evaluasi	85
BAB 5	87
PENUTUP	87
5.1 Kesimpulan	87
5.2 Saran	88
DAFTAR PUSTAKA	90
LAMPIRAN	91
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	91
<i>CURRICULUM VITAE</i>	98
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	99

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan pada Pasien dengan <i>CVA Bleeding</i>	39
Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Penunjang pada Ny. SS dengan Diagnosa Medis <i>CVA Bleeding</i> di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	52
Tabel 3.2 Terapi Medis pada Ny. SS dengan Diagnosa Medis <i>CVA Bleeding</i> di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.....	54
Tabel 3.3 Analisa Data pada Ny. SS dengan Diagnosa Medis <i>CVA Bleeding</i> di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.....	55
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan pada Ny. SS dengan Diagnosa Medis <i>CVA Bleeding</i> di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	57
Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Penunjang pada Ny. SS dengan Diagnosa Medis <i>CVA Bleeding</i> di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Otak (Stamps, Caroline. Human Body. DK Publishing, 2013)	
.....	13

DAFTAR SINGKATAN

CVA	: <i>Cerebro Vaskuler Accident</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
RSPAL	: Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut
TIK	: Tekanan Intra Kranial
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
EEG	: Elektroensefalogram
TTV	: Tanda-tanda Vital

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

CVA Bleeding merupakan masalah bagi negara-negara berkembang. Di dunia penyakit *CVA Bleeding* meningkat seiring dengan modernisasi. Di Amerika Serikat, *CVA Bleeding* menjadi penyebab kematian yang ketiga setelah penyakit jantung dan kanker. Diperkirakan ada 700.000 kasus *CVA Bleeding* di Amerika Serikat setiap tahunnya dan 200.000 diantaranya dengan serangan berulang. Menurut WHO, ada 15 juta populasi terserang *CVA Bleeding* setiap tahun di seluruh dunia dan terbanyak adalah usia tua dengan kematian rata-rata setiap 10 tahun antara 55 dan 85 tahun.

Sekitar 2 - 8% pasien *CVA Bleeding* yang mengalami lesi serebrovaskular akan mengalami nyeri neuropati pusat hal ini terjadi akibat kerusakan otak / kelainan sensorik sesudah *CVA Bleeding* sehingga otak tidak sepenuhnya mengirimkan info ke tubuh dengan benar. Nyeri tersebut dinamakan sindrom nyeri talamik yang memiliki tingkatan ringan, sedang dan berat. Karakteristik nyeri dapat seperti terbakar, sakit, nyeri pedih, menusuk, mengoyak dan mempengaruhi kualitas hidup pasien.

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015, kasus *CVA Bleeding* diseluruh dunia diperkirakan mencapai 50 juta jiwa, dan 9 juta diantaranya menderita kecacatan berat yang lebih memperhatikan lagi 10% diantaranya yang terserang *CVA Bleeding* mengalami kematian (Fitriani,2017). Berdasarkan hasil laporan riset kesehatan dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 di Indonesia *CVA Bleeding* menjadi urutan yang paling utama, dengan menunjukkan bahwa

prevalansi *CVA Bleeding* di Indonesia sebesar 10,9% penduduk. Sedangkan di Jawa Timur prevalansi *CVA Bleeding* masih cukup tinggi yaitu sebesar 11,2% (Badan penelitian dan pengembangan kesehatan, 2018). Di ruang VII saraf RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dibulan Mei 2015 sampai bulan Juni 2015 penderita *CVA Bleeding* Infark 57 (81,4%) kasus, *CVA Bleeding* bleeding 6 (8,6%) kasus, vertigo 5 (7,2%) kasus, epilepsy 2 (2,8%) kasus. (Rekam Medik RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, 2015).

CVA Bleeding adalah salah satu penyakit saraf yang cukup memprihatinkan dan senantiasa membutuhkan perhatian. *Cerebra Vaskuler Accident (CVA) bleeding* yang disebut dengan nama lain *CVA Bleeding* hemoragik merupakan gangguan fungsi pada otak yang disebabkan oleh perdarahan intra serebral atau pendarahan subarachnoid. (Erfansyah, 2013). Serangan otak ini merupakan kegawatdaruratan medis yang harus ditangani secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) timbul gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal di otak yang terganggu (Varah, 2012). Masyarakat cenderung menilai *CVA Bleeding* terjadi hanya yang memiliki riwayat hipertensi saja dan umumnya hanya dialami oleh lansia, sedangkan mereka yang tidak memiliki riwayat hipertensi tidak akan mengalami *CVA Bleeding* (Wulan, 2011). Ada beberapa mitos yang mengatakan bahwa pertolongan pertama pada penderita *CVA Bleeding* adalah dengan mengeluarkan darah korban dengan menggunakan jarum yang telah dibakar atau disterilkan yang kemudian ditusukkan ke ujung setiap jari masing-masing sampai darahnya keluar 1-2 tetes. Jika darahnya tidak keluar dapat diurut sampai keluar, sesudah itu korban akan sadar setelah beberapa menit kemudian. Jika korban mulutnya miring, tariklah kedua daun telinganya sampai merah dan kemudian tusuk

bagian bawah daun telinga dengan jarum steril sampai darahnya keluar -2 tetes. Setelah korban sadar dan mulutnya sudah pulih kembali, dibawa kedokter atau rumah sakit (Nilawaty, 2012).

CVA Bleeding hemoragik adalah *CVA Bleeding* yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Hampir 70% kasus *CVA Bleeding* hemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Serangan otak ini merupakan kegawatdaruratan medis yang harus ditangani secara cepat, tepat dan cermat. *CVA Bleeding* adalah suatu gangguan fungsi saraf akut yang disebabkan oleh karena gangguan peredaran darah otak dimana secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) timbul gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal diotak yang terganggu (Pudiastuti, 2011). *CVA Bleeding* menimbulkan dampak yang besar dari segi sosial dan ekonomi, dari segi ekonomi yaitu biaya berobat semakin mahal, sedangkan dari segi social yaitu kecacatan yang ditimbulkan paska *CVA Bleeding* sehingga berkurangnya kemampuan untuk berkerja seperti semula dan menjadi beban sosial dimasyarakat serta penyebab utama kecacatan pada orang dewasa (Feigin, 2009).

CVA Bleeding apabila tidak ditangani dengan segera akan mengalami kesulitan dalam menelan atau berbicara bahkan bisa terjadi kondisi koma. Lebih dari 50% klien tidak dapat kembali untuk berkerja. Terlepas dari penurunan fungsi fisik yang disebabkan oleh jaringan otak yang rusak, komplikasi umum yang dapat mencakup klien *CVA Bleeding* yaitu gangguan menelan, pneumonia, pembengkakan jaringan di otak, adanya rasa sakit akibat tekanan, masalah kesehatan dibagian bahu dan lain sebagainya.

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi *CVA Bleeding* harus bersifat umum, khusus, rehabilitasi dan adanya rencana pemulangan klien. Masalah keperawatan yang sering muncul pada penderita *CVA Bleeding* yaitu nyeri akut, gangguan persepsi sensori, gangguan komunikasi verbal, gangguan integritas kulit, gangguan mobilitas fisik dan risiko defisit nutrisi. Masalah yang muncul pada pasien *CVA Bleeding* adalah gangguan gerak berupa gangguan atau kesulitan saat berjalan (Pradana, 2016). Oleh karena itu perlu dilakukan asuhan keperawatan yang mana membantu pasien mengatasi masalah atau mengurangi masalah yang dialami oleh pasien.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:
“Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Ny. SS dengan Diagnosa Medis *CVA Bleeding* di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *CVA Bleeding* di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian pada Ny. SS dengan Diagnosa Medis *CVA Bleeding* di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny. SS dengan Diagnosa Medis *CVA Bleeding* di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada masing-masing diagnosa Ny. SS dengan diagnosa medis *CVA Bleeding* di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. SS dengan Diagnosa Medis *CVA Bleeding* di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. SS dengan Diagnosa Medis *CVA Bleeding* di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. SS dengan Diagnosa Medis *CVA Bleeding* di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.3 Manfaat Penulisan

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya ilmiah akhir secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini:

1. Secara Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan secara cepat, tepat, dan cermat, sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan pada pasien dengan diagnosa medis *CVA Bleeding* di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

2. Secara Praktis

- a. Bagi institusi Rumah Sakit

Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan dapat sebagai pemasukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan diagnosis *CVA Bleeding* sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan dapat sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit diagnosa medis *CVA Bleeding* sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat. Selain itu, agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien diagnosa medis *CVA Bleeding* di rumah agar meminimalkan aktivitas.

c. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini diharapkan dapat sebagai bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis *CVA Bleeding* sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.3.4 Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah metode deskriptif, dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien Ny. SS dengan diagnosa medis *CVA Bleeding* . Membahas data

dengan studi pendekatan proses keperawatan meliputi 5 langkah, yaitu pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Observasi

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

b. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa pengamatan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari pasien dan perawat memperoleh informasi yang akurat dari pasien.

b. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan, tim kesehatan lain di laboratorium dan di radiologi.

c. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan dilakukan untuk mengumpulkan teori yang mendukung asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *CVA Bleeding* .

1.3.5 Sistematika Penulisan

Penyusunan karya ilmiah akhir ini secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya ilmiah akhir ini, yaitu:

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

berikut ini:

- BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian, dan sistematika penulisan.
- BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi uraian secara teoritis mengenai Konsep CVA, Konsep Asuhan Keperawatan CVA *Bleeding*, Kerangka Masalah CVA.
- BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang data hasil pengkajain, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan ecaluasi keperawatan.
- BAB 4 : Berisi tentang analisi masalah yang merupakan kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan.
- BAB 5 : Penutup, berisi simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep CVA

2.1.1 Pengertian

CVA Bleeding atau *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak. Sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif, cepat berupa deficit neurologis vokal atau global yang berlangsung selama 24jam atau lebih dan bisa berlangsung menimbulkan kematian. Kondisi ini semata-mata disebabkan oleh peredaran darah ke otak non traumatik. (Wijaya & Putri, 2013). Masalah-masalah yang ditimbulkan oleh *CVA Bleeding* bagi kehidupan manusia sangatlah kompleks. Adanya gangguan-gangguan seperti halnya fungsi vital otak seperti gangguan koordinasi, gangguan keseimbangan, gangguan kontrol postur, gangguan sensasi, dan gangguan gerak yang dapat menghambat aktivitas sehari-hari pada penderita stroke. (Irfan, 2010).

2.1.2 Klasifikasi CVA

Besarnya CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) ada 2 tipe menurut gejala kliniknya, yaitu:

1. *CVA Bleeding* Hemoregik

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subarachnoid yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah tertentu. Biasanya kerjadiannya saat melakukan aktivitas, atau bisa juga terjadi pada saat beristirahat. Pada *CVA Bleeding* hemoregik umumnya

kesadaran pasien akan menurun. Hal ini disebabkan oleh pecahnya pembuluh arteri, vena dan kapiler. (Wijaya & Putri, 2013).

Perdarahan otak dibagi menjadi dua yaitu:

a. *Intracerebral hemorrhage* (ICH)

Intracerebral hemorrhage (ICH) didefinisikan sebagai perdarahan nontraumatik ke dalam jaringan otak. *Intracerebral hemorrhage* (ICH) adalah bentuk paling mematikan dari stroke dan mempengaruhi sekitar satu juta orang di seluruh dunia setiap tahun. Cedera otak sekunder dan pembentukan edema dengan menghasilkan efek massa dianggap berkontribusi terhadap morbiditas dan mortalitas terkait *intracerebral hemorrhage* (ICH) (Aksoy, 2013). Hipertensi adalah faktor resiko yang paling umum atau utama. Angiopati amiloid serebral (CAA), kondisi yang meningkat dengan usia, adalah faktor resiko yang paling umum kedua. Angiopati amiloid serebral merupakan penyebab penting dari lobar *intracerebral hemorrhage* (ICH), terutama pada orang lanjut usia. Kondisi ini hasil dari deposisi protein amyloid di arteriol kortikal; deposisi seperti ini sangat jarang terjadi di basal ganglia dan batang otak (lokasi lazim terjadi *intracerebral hemorrhage* (ICH) terkait HTN dan lokasi yang tidak lazim dari *intracerebral hemorrhage* (ICH) terkait CAA. Apolipoprotein E (ApoE) genotipe memainkan peran penting dalam patogenesis CAA, tetapi tidak sensitif maupun spesifik untuk diagnosis utama dari kondisi ini. Usia juga merupakan faktor resiko penting untuk *intracerebral*

hemorrhage (ICH); kemungkinan keseluruhan penderita *intracerebral hemorrhage* (ICH) tertinggi pada usia ≥ 85 (Aguilar et al., 2011).

b. *Subarachnoid hemorrhage* (SAH)

Subarachnoid hemorrhage (SAH) merupakan masalah kesehatan di seluruh dunia dengan tingkat kematian yang tinggi dan tingkat kecacatan tetap. Insiden *subarachnoid hemorrhage* (SAH) termasuk stabil, sekitar 600 per 100.000 pasien dalam satu tahun. Kebanyakan pasien <60 tahun. Faktor resiko dari *subarachnoid hemorrhage* (SAH) sama seperti stroke pada umumnya. Penyebab *subarachnoid hemorrhage* (SAH) adalah pecahnya aneurisma pada 85% kasus, perdarahan *non-aneurisma perimesencephalic* (dengan prognosis sangat baik) di 10%, dan berbagai kondisi langka di 5%. Pecahnya aneurisma memiliki tingkat kematian yang tinggi dan komplikasi (van Gijn, 2001). Pada bagian pertama, *subarachnoid hemorrhage* (SAH) berpusat suprasellar atau pusat basal dan meluas ke perifer secara difusi. Hal ini terjadi karena pecahnya aneurisma sakular yang dapat terjadi dengan bagian lain, seperti pecahnya aneurisma nonsaccular atau malformasi vaskuler. Bagian kedua, *subarachnoid hemorrhage* (SAH) berpusat di *perimesencephalic* atau bagian basal rendah yang tidak meluas ke perifer. Hal ini terjadi akibat perdarahan *perimesencephalic* idiopatik, namun pecahnya aneurisma vertebrobasilar sekitar 5% dari kasus stroke. Penyebab lainnya yang jarang dari pola *perimesencephalic* termasuk tumor

cervicomedullary persimpangan, malformasi vaskular, atau diseksi arteri akut (Marder C.P. et al., 2014).

2. *CVA Bleeding* non hemoregik (*CVA Bleeding* iskemik)

CVA Bleeding non hemoregik biasanya berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, yang terjadi pada saat beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan pada *CVA Bleeding* non hemoregik atau *CVA Bleeding* iskemik, namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan mengakibatkan edema sekunder. Pada umumnya penderita *CVA Bleeding* non hemoregik ini memiliki kesadaran yang baik pada saat terjadinya *CVA Bleeding* iskemik.

Menurut perjalanan penyakit atau stadium pada *CVA Bleeding* iskemik:

a. TIA (Trans iskemik Attack)

Gangguan neurologis yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam dengan gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dalam waktu kurang dari 24 jam .

b. *CVA Bleeding* Involusi

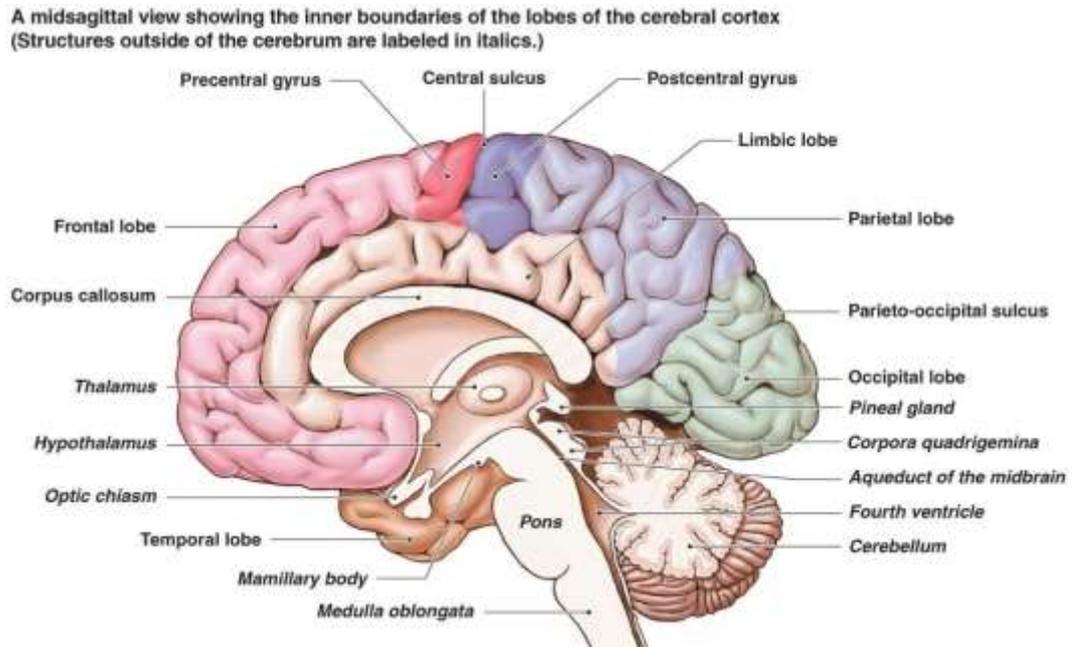
CVA Bleeding yang dapat terus berkembang dimana gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk. Proses involusi ini dapat berjalan selama 24 jam atau beberapa hari.

c. *CVA Bleeding* Komplit

Gangguan neurologi yang dapat timbul dan sudah menetap atau permanen, karena serangan TIA (Trans iskemik attack) yang berulang-ulang.(Wijaya & Putri, 2013)

2.2 Konsep *CVA Bleeding*

2.2.1 Gambaran Umum Struktur Otak



Gambara 2.1 Anatomi Otak (Stamps, Caroline. Human Body. DK Publishing, 2013)

2.2.2 Definisi *CVA Bleeding*

CVA Bleeding adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak. (Sudoyo Aru, dkk, 2009)

CVA Bleeding merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. *CVA Bleeding* merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja. (Muttaqin, 2008)

CVA Bleeding adalah *CVA Bleeding* yang disebabkan oleh pecahnya

pembuluh darah otak. Hampir 70 % kasus *CVA Bleeding* terjadi pada penderita hipertensi. (Nurarif & Kusuma, 2013)

CVA Bleeding adalah pembuluh darah otak yang pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah di otak dan kemudian merusaknya. (Adib, M, 2009)

CVA Bleeding ada dua jenis yaitu:

1. Hemoragik intra serebral: perdarahan yang terjadi di dalam jaringan otak.
2. Hemoragik sub arachnoid: perdarahan yang terjadi pada ruang sub arachnoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak). (Nurarif & kusuma,2013)

2.2.3 Etiologi

Berikut ini beberapa kondisi yang menjadi penyebab CVA antara lain (Lewis, 2014) :

1. Trombosis (bekuan darah didalam pembuluh darah otak atau leher).

Trombus dimulai bersamaan dengan kerusakan dinding pembuluh darah endotelial yang akhirnya membentuk formasi dari aterosklerosis. Aterosklerosis adalah penyebab utama thrombosis serebral. Tanda-tanda dari trombosis serebral bervariasi antara lain sakit kepala merupakan awitan yang tidak umum. Beberapa pasien dapat mengalami nyeri perubahan kognitif atau kejang dan beberapa mengalami awitan yang tidak dapat dibedakan dari hemoragi intra serebral atau embolisme serebral. Secara umum, trombosis serebral tidak terjadi tiba-tiba serta kehilangan bicara sementara, hemiplegia atau parestesia pada setengah

tubuh dapat mendahului awitan paralisis berat pada beberapa jam atau hari. Dari seluruh kejadian stroke, kurang lebih 60% disebabkan trombosis.

2. Embolisme serebral (bekuan darah atau material yang lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh lain). Mayoritas emboli ini berasal dari lapisan endokardium jantung, dimana plak keluar dari endokardium dan masuk ke sirkulasi. Pemberian antikoagulan setelah prosedur pemasangan katup jantung prostetik dilakukan untuk mengantisipasi timbulnya CVA. Kegagalan pacu jantung, fibrilasi atrium dan kardioversi untuk fibrilasi atrium adalah kemungkinan penyebab lain dari emboli serebral dan CVA. Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya, yang merusak sirkulasi serebral dan CVA. Embolisme serebral merupakan penyebab kedua CVA, kurang lebih sekitar 24% dari kejadian CVA.
3. Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak). Iskemia serebral (insufisiensi suplai darah ke otak) merupakan kondisi dimana terjadi penurunan suplai darah ke otak terutama karena kontriksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak.
4. Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan kedalam jaringan otak atau ruang sekitar otak). Hemoragi dapat terjadi diluar dura meter (hemoragi ektradural atau epidural), dibawah dura meter (hemoragi subdural), diruang subarakhonoid (hemoragi subarakhonoid) atau didalam substansi otak (hemoragi intraserebral).

Hemoragi serebral adalah kedaruratan bedah neuro yang memerlukan perawatan segera. Ini biasanya mengikuti fraktur tengkorak dengan robekan arteri tengah atau arteri meninges lainnya. Pasien harus diatasi dalam beberapa jam setelah cedera untuk mempertahankan hidup. Hemoragi subdural (termasuk hemoragi subdural akut) pada dasarnya sama dengan hemoragi epidural, kecuali bahwa hematoma subdural biasanya jembatan vena robek. Karenanya, periode pembentukan hematoma lebih lama (interval jelas lebih lama) dan menyebabkan tekanan pada otak. Hemoragi subarakhoid (hemoragi yang terjadi diruang subarakhoid) dapat terjadi sebagai akibat trauma atau hipertensi, tetapi penyebab paling sering terjadi kebocoran aneurisme pada area siklus Willis dan malformasi arteri-vena kongenital pada otak. Arteri di dalam otak dapat terjadi di tempat aneurisme. Hipertensi adalah penyebab utama perdarahan intraserebral buruk, 50% kematian terjadi dalam 48 jam pertama. Tingkat kematian akibat perdarahan intraserebral berkisar antara 40% sampai 80%.

2.2.4 Patofisiologi

2.2.4.1 Faktor Resiko

1. Faktor resiko umur terhadap kejadian stroke

Hasil penelitian didapatkan bahwa ada 54 klien (69,2%) yang berumur > 45 tahun pernah menderita stroke dan ada hubungan yang signifikan antara faktor resiko umur > 45 tahun dengan kejadian menderita stroke, hal ini menunjukkan umur lebih dari 45 tahun dapat memberikan resiko terjadinya stroke karena dengan semakin bertambah tua usia

sesorang, semakin tinggi terjadi risiko stroke ini dikarenakan pada usia lebih dari 45 tahun terjadi adanya perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis dan hilangnya elastisitas pembuluh darah. Hal ini didukung oleh pendapat Feigin Valery (2004) yang menyatakan bahwa orang yang berusia di atas 50 tahun, tekanan darah sistoliknya tinggi (140 mmHg atau lebih) dianggap sebagai faktor risiko untuk stroke atau penyakit kardiovaskuler lain yang lebih besar dibandingkan dengan tekanan darah diastoliknya tinggi. Tekanan darah yang meningkat secara perlahan merusak dinding pembuluh darah dengan memperkeras arteri dan mendorong terbentuknya bekuan darah dan aneurisma, yang semuanya mengarah pada stroke, terutama pada orang yang berusia di atas 45 tahun.

Sesuai pendapat dari Mahannad Shadine, (2010) bahwa setelah berusia 55 tahun, risiko stroke berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun dan dua pertiga dari semua serangan stroke yang terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun. Orang berusia lebih dari 65 tahun memiliki risiko stroke paling tinggi, tetapi hampir 25% dari semua stroke terjadi pada orang berusia kurang dari ini, dan hampir 4% terjadi pada orang berusia antara 15 dan 40 tahun.

2. Faktor resiko hipertensi terhadap kejadian stroke

Hasil penelitian didapatkan bahwa ada 57 klien (72,2%) memiliki hipertensi yang menderita stroke dan ada hubungan antara faktor resiko hipertensi dengan kejadian menderita stroke, hal ini sesuai dengan teori teori yang menyatakan bahwa hipertensi merupakan faktor risiko

tunggal yang paling penting untuk terjadinya stroke iskemik maupun stroke haemoragik / perdarahan, karena pada keadaan hipertensi, pembuluh darah mendapat tekanan yang cukup besar. Jika proses tekanan berlangsung lama, dapat menyebabkan kelemahan pada dinding pembuluh darah sehingga menjadi rapuh dan mudah pecah. Hipertensi juga dapat menyebabkan aterosklerosis dan penyempitan diameter pembuluh darah sehingga mengganggu aliran darah ke jaringan otak.

Selaras dengan teori dari Indrawati (2008) bahwa hipertensi merupakan faktor risiko tunggal yang paling penting untuk stroke iskemik maupun stroke perdarahan. Hipertensi adalah penyebab utama stroke, apa pun jenisnya. Semakin tinggi tekanan darah semakin besar risiko terkena serangan stroke. Hipertensi menyebabkan gangguan kemampuan autoregulasi pembuluh darah otak. Pada tekanan darah tinggi akut, tekanan darah naik yang mendadak dan sangat tinggi menyebabkan fenomena sosis atau tasbih (sausage or bead string phenomenon) akibat dilatasi paksa. Tekanan darah yang mendadak tinggi ini menerobos respons vasokonstriksi dan menyebabkan rusaknya sawar darah otak dengan kebocoran fokal dari cairan melalui dinding arteri yang telah terentang berlebihan serta pembentukan edema otak.

3. Faktor resiko rokok terhadap kejadian stroke

Hasil penelitian didapatkan bahwa ada 52 klien (70,3%) merokok yang menderita stroke dan ada hubungan antara faktor resiko merokok dengan kejadian menderita stroke. hal ini menunjukkan bahwa sesuai dengan teori-teori yang menyatakan bahwa merokok dapat menjadi

penyebab nyata terjadinya stroke. Umumnya merokok lebih banyak terjadi pada usia dewasa muda ketimbang usia tengah baya atau lebih tua. Merokok merupakan faktor risiko stroke yang sebenarnya paling mudah diubah. Perokok berat menghadapi risiko lebih besar dibandingkan perokok ringan. Merokok hampir melipatgandakan risiko stroke iskemik, terlepas dari faktor risiko lain, dan dapat juga meningkatkan risiko subaraknoid hemoragik hingga 3,5%. Sesungguhnya, risiko stroke menurun dengan seketika setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis. Berbagai penelitian modern memperlihatkan bahwa risiko terkena stroke adalah sekitar 20% lebih tinggi bagi wanita perokok daripada bagi pria perokok, dan bahwa wanita umumnya lebih sensitif terhadap berbagai efek buruk perokok. Bahkan merokok pasif (menghirup asap rokok secara tidak langsung) meningkatkan kemungkinan terkena stroke hampir sebesar 80%. Risiko terkena stroke setara dengan jumlah dan durasi merokok. Mereka yang mengisap 20 atau lebih batang rokok sehari memiliki risiko hampir dua kali lipat dibandingkan dengan yang merokoknya lebih sedikit. Semakin lama seseorang merokok, semakin besar risiko mengalami stroke (Feigin, Valery (2004).

4. Faktor resiko diabetes melitus terhadap kejadian stroke

Hasil penelitian didapatkan bahwa ada 38 klien (76%) mengalami diabetes melitus yang menderita stroke dan ada hubungan antara faktor resiko diabetes melitus dengan kejadian menderita stroke, hal ini

menunjukkan bahwa diabetes mellitus kecenderungan dua kali lipat mengakibatkan berbagai penyakit pembuluh darah, akan tetapi hanya sebagian kecil efek diabetes mellitus dikarenakan oleh lemak darah, tekanan darah dan obesitas. Temuan ini menunjukkan bahwa diabetes mellitus dapat mengakibatkan efek yang cukup berbahaya. Selain penderita diabetes lebih tinggi risikonya kena serangan jantung atau stroke dibandingkan dengan mereka yang memiliki kadar gula darah stabil. Hal ini sesuai dengan pendapat Indrawati (2008) yang menyatakan bahwa seseorang yang mengidap Diabetes Melitus mempunyai risiko serangan stroke iskemik 2 kali lipat dibandingkan mereka yang tidak menderita diabetes mellitus.

Bustan (2007) menyatakan bahwa diabetes melitus adalah gangguan kesehatan yang berupa kumpulan gejala yang disebabkan oleh peningkatan kadar gula (glukosa) darah akibat kekurangan atau resistensi insulin. Meskipun ada komponen genetik untuk mengidap diabetes melitus, bentuk yang paling umum dari penyakit ini yakni diabetes tipe 2. Walaupun diabetes melitus dikenal sebagai faktor risiko stroke independen, belum ada bukti yang meyakinkan bahwa pengendalian kadar glukosa darah secara ketat merupakan upaya yang efektif untuk mencegah terjadinya stroke.

5. Faktor resiko riwayat hiperkolesterol terhadap kejadian stroke

Hasil penelitian didapatkan bahwa ada 46 klien (73%) memiliki hiperkolesterolemia yang menderita stroke dan ada hubungan antara faktor resiko hiperkolesterolemia dengan kejadian menderita stroke, hal ini berarti sesuai dengan teori-teori yang menyatakan bahwa kecenderungan hiperkolesterolemia dapat mengalami gangguan pembuluh darah.

Kolesterol yang tinggi memicu aterosklerosis, penyempitan, atau pengerasan arteri yang dapat menyebabkan penyakit jantung, stroke, dan masalah kesehatan mayor lainnya. Bila kolesterol itu terus menumpuk dan membentuk plak-plak di dalam saluran darah, maka transportasi darah di tubuh pun terhambat dan dapat mengganggu kerja tubuh secara keseluruhan.

Menurut Perkeni (2004) Hiperkolesterolemia terjadi akibat adanya akumulasi kolesterol dan lipid pada dinding pembuluh darah. Penelitian menunjukkan bahwa makanan kaya lemak jenuh dan kolesterol seperti daging, telur, dan produk susu dapat meningkatkan kadar kolesterol dalam tubuh dan berpengaruh pada risiko aterosklerosis dan penebalan pembuluh darah. Meskipun zat lemak (lipid) merupakan komponen integral dari tubuh kita, kadar lemak darah (terutama kolesterol dan trigliserida) yang tinggi meningkatkan risiko aterosklerosis dan penyakit jantung koroner. Keadaan ini juga dikaitkan dengan peningkatan sekitar 20% risiko stroke iskemik atau TIA.

6. Faktor resiko stress terhadap kejadian stroke

Hasil penelitian didapatkan bahwa didapatkan bahwa ada 44 klien (74,6%) mengalami stress yang menderita stroke dan ada hubungan antara faktor resiko stress dengan kejadian menderita stroke, hal ini menunjukkan bahwa stress secara langsung mempengaruhi terjadinya stroke. Meskipun sebagian besar pakar stroke menganggap bahwa serangan stress yang timbul sekali-kali bukan merupakan faktor risiko stroke, namun stress jangka panjang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah dan kadar

kolesterol. Stres emosional yang mendadak atau shock, baik positif atau negatif, jika berkombinasi dengan faktor risiko lain (misalnya, aterosklerosis berat, penyakit jantung, atau hipertensi) juga dapat memicu stroke.

Depresi dapat terjadi akibat stres psikososial (yaitu, kedudukan yang mendalam) atau disfungsi biologis. Insomnia persisten yang tidak diobati (kualitas tidur yang kurang atau tidak memadai disertai perasaan terus menerus lelah) merupakan faktor risiko yang kuat untuk depresi berat. Gejala tersering depresi antara lain: tertekannya suasana hati sepanjang hari, berkurangnya minat atau kesenangan pada semua atau hampir semua aktivitas, hilangnya nafsu makan, mengantuk secara berlebihan atau insomnia, rasa lelah kronis, merasa tidak berguna atau perasaan bersalah yang berlebihan atau tidak pada tempatnya hampir setiap hari, berkurangnya kemampuan berpikir atau memusatkan perhatian yang berlangsung lama, atau sering berpikir tentang kematian. Depresi meningkatkan risiko stroke hampir dua kali lipat. Mekanisme pasti yang menimbulkannya belum sepenuhnya dipahami, tetapi terdapat bukti bahwa depresi dapat menyebabkan hipertensi, penyakit jantung iskemik, dan peningkatan pembekuan darah, yang semuanya diketahui adalah faktor risiko stroke (Feigin, Valery (2004)).

2.2.4.2 Perdarahan Intra Serebral

Pecahnya pembuluh darah otak terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak membentuk massa atau hematoma yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema disekitar otak. Peningkatan TIK

yang terjadi dengan cepat dapat mengakibatkan kematian yang mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intra serebral sering dijumpai di daerah putamen, thalamus, sub kortikal, nukleus kaudatus, pons, dan cerebellum. Hipertensi kronis mengakibatkan perubahan struktur dinding pembuluh darah berupa lipohyalinosis atau nekrosis fibrinoid.

2.2.4.3 Perdarahan Sub Arachnoid

Pecahnya pembuluh darah karena aneurisma atau AVM. Aneurisme paling sering didapat pada percabangan pembuluh darah besar di sirkulasi Willis. AVM dapat dijumpai pada jaringan otak dipermukaan piameter dan ventrikel otak, ataupun di dalam ventrikel otak dan ruang sub arachnoid. Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang sub arachnoid mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan intra kranial yang mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering pula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan tekanan intra kranial yang mengakibatkan perdarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Perdarahan sub arachnoid dapat mengakibatkan vaso spasme pembuluh darah serebral. Vaso spasme ini sering kali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya pada hari ke 5-9, dan dapat menghilang setelah minggu ke 2-5. Timbulnya vaso spasme diduga karena interaksi antara bahan-bahan yang berasal dari darah dan dilepaskan ke dalam cairan serebrospinalis dengan pembuluh arteri di ruang sub arachnoid. Vaso spasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparase, gangguan hemisensorik, afasia, dan lain-lain). Otak dapat berfungsi jika kebutuhan oksigen dan glukosa otak dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan di dalam sel saraf hampir

seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak punya cadangan oksigen jadi kerusakan, kekurangan aliran darah otak walau sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi. Demikian pula dengan kebutuhan glukosa sebagai bahan bakar metabolisme otak, tidak boleh kurang dari 20 mg % karena akan menimbulkan koma. Kebutuhan glukosa sebanyak 25 % dari seluruh kebutuhan glukosa tubuh, sehingga bila kadar glukosa plasma turun sampai 70 % maka akan terjadi gejala disfungsi serebral. Pada saat otak hipoksia, tubuh berusaha memenuhi oksigen melalui proses metabolik anaerob, yang dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah otak. (Price & Wilson, 2006).

2.2.4.4 NIHSS

The National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

No.	PARAMETER YANG DINILAI	SKALA	TANGGAL PEMERIKSAAN				
			SKOR				
1a	Tingkat Kesadaran	0 = Sadar penuh 1 = Tidak sadar penuh; dapat dibangunkan dengan stimulasi minor (suara) 2 = Tidak sadar penuh; dapat berespon dengan stimulasi berulang atau stimulasi nyeri 3 = Koma; tidak sadar dan tidak berespon dengan stimulasi apapun					
1b	Menjawab pertanyaan	0 = Benar semua 1 = 1 benar/ETT/disartria 2 = Salah semua/afasia/stupor/koma					
1c	Mengikuti perintah	0 = Mampu melakukan 2 perintah 1 = Mampu melakukan 1 perintah 2 = Tidak mampu melakukan perintah					

2	Gaze: Gerakan mata konyugat horizontal	<p>0 = Normal</p> <p>1 = Paresis <i>gaze</i> parsial pada 1 atau 2 mata, terdapat <i>abnormal gaze</i> namun <i>forced deviation</i> atau paresis <i>gaze</i> total tidak ada</p> <p>2 = <i>Forced deviation</i>, atau paresis <i>gaze</i> total tidak dapat diatasi dengan maneuver okulosefalik</p>					
3	Visual: Lapang pandang pada tes konfrontasi	<p>0 = Tidak ada gangguan</p> <p>1 = Paralisis minor (<i>sulcus</i> nasolabial rata, asimetri saat tersenyum)</p> <p>2 = Paralisis parsial (paralisis total atau <i>near-total</i> dari wajah bagian bawah)</p> <p>3 = Paralisis komplit dari satu atau kedua sisi wajah (tidak ada gerakan pada sisi wajah atas maupun bawah)</p>					
4	Paresis Wajah	<p>0 = Normal</p> <p>1 = Paralisis minor (<i>sulcus</i> nasolabial rata, asimetri saat tersenyum)</p> <p>2 = Paralisis parsial (paralisis total atau <i>near-total</i> dari wajah bagian bawah)</p> <p>3 = Paralisis komplit dari satu atau kedua sisi wajah (tidak ada gerakan pada sisi wajah atas maupun bawah)</p>					
5	Motorik Lengan	<p>0 = Tidak ada <i>drift</i>; lengan dapat diangkat 90 (45)°, selama minimal 10 detik penuh</p>	Kanan:				

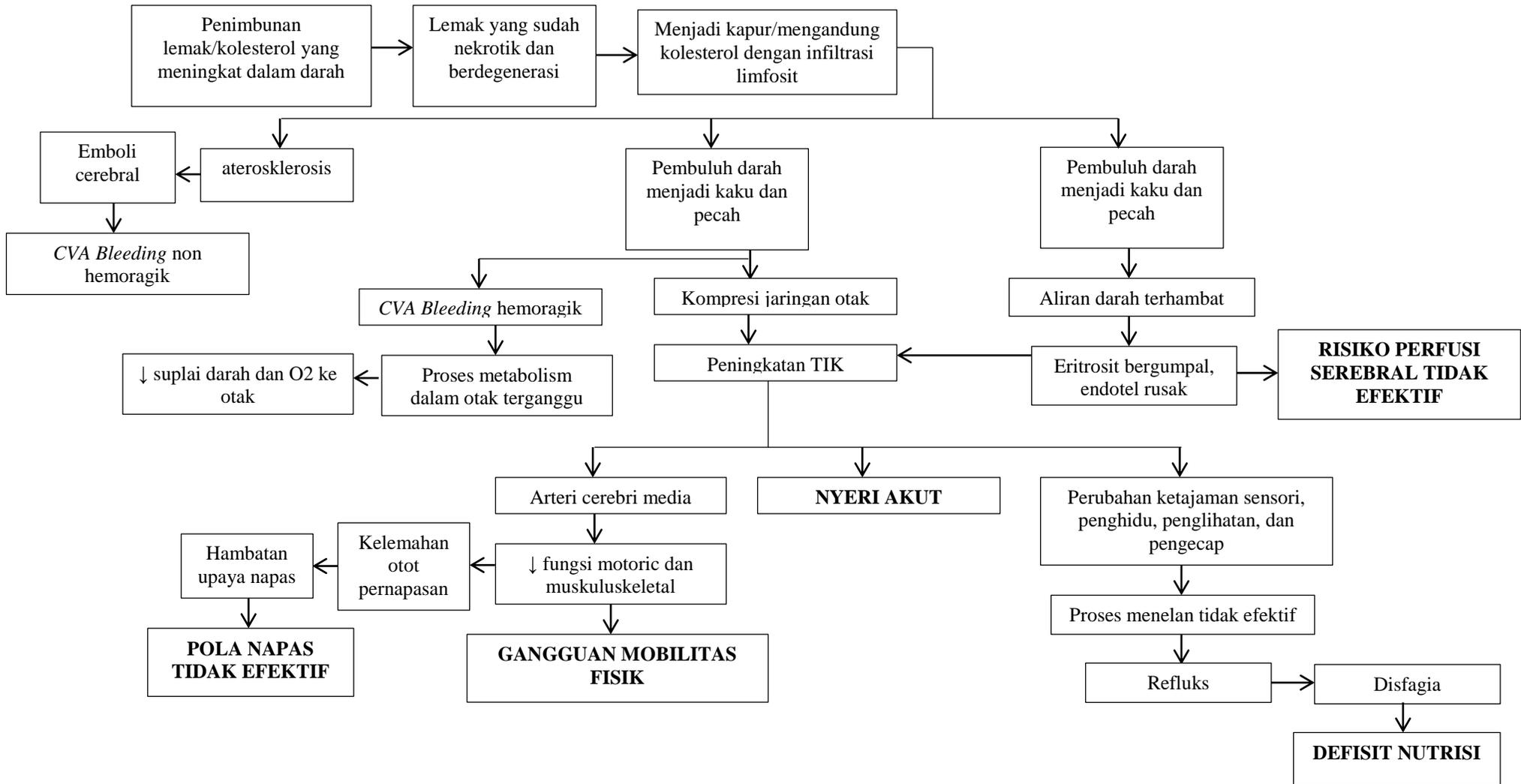
		<p>1 = <i>Drift</i>; lengan dapat diangkat 90 (45) namun turun sebelum 10 detik, tidak mengenai tempat tidur</p> <p>2 = Ada upaya melawan gravitasi; lengan tidak dapat diangkat atau dipertahankan dalam posisi 90 (45)°, jatuh mengenai tempat tidur, namun ada upaya melawan gravitasi</p> <p>3 = Tidak ada upaya melawan gravitasi, tidak mampu mengangkat, hanya bergeser</p> <p>4 = Tidak ada gerakan</p> <p>UN = Amputasi atau fusi sendi, jelaskan.....</p>	Kiri:					
--	--	---	--------------	--	--	--	--	--

6	Motorik Tungkai	<p>0 = Tidak ada <i>drift</i>; tungkai dapat dipertahankan dalam posisi 30° minimal 5 detik</p>	Kanan:					
		<p>1 = <i>Drift</i>; tungkai jatuh persis 5 detik, namun tidak mengenai tempat tidur</p> <p>2 = Ada upaya melawan gravitasi; tungkai jatuh mengenai tempat tidur dalam 5 detik, namun ada upaya melawan gravitasi</p> <p>3 = Tidak ada upaya melawan gravitasi</p> <p>4 = Tidak ada gerakan</p> <p>UN = amputasi atau fusi sendi, jelaskan.....</p>	Kiri:					

7	Ataksia anggota gerak	<p>0 = Tidak ada ataksia</p> <p>1 = Ataksia pada satu ekstremitas</p> <p>2 = Ataksia pada 2 atau lebih ekstremitas</p> <p>UN = Amputasi atau fusi sendi, jelaskan.....</p>					
8	Sensorik	<p>0 = Normal; tidak ada gangguan sensorik</p> <p>1 = Gangguan sensorik ringan-sedang; sensasi disentuh atau nyeri berkurang namun masih terasa disentuh</p> <p>2 = Gangguan sensorik berat; tidak merasakan sentuhan di wajah, lengan, atau tungkai</p>					
9	Bahasa Terbalik	<p>0 = Normal; tidak ada afasia</p> <p>1 = Afasia ringan-sedang; dapat berkomunikasi namun terbatas. Masih dapat mengenali benda namun kesulitan bicara percakapan dan mengerti percakapan</p> <p>2 = Afasia berat; seluruh komunikasi melalui ekspresi yang terfragmentasi, dikira-kira dan pemeriksa tidak dapat memahami respons pasien</p> <p>3 = Mutisme, afasia global; tidak ada kata-kata yang keluar maupun pengertian akan kata-kata</p>					
10	Disartria	<p>0 = Normal</p>					

		<p>1 = Disartria ringan-sedang; pasien pelo setidaknya pada beberapa kata namun meski berat dapat dimengerti</p> <p>2 = Disartria berat; bicara pasien sangat pelo namun tidak afasia</p> <p>UN = Intubasi atau hambatan fisik lain, jelaskan.....</p> <p>....</p>					
11	Pengabaian & Inatensi (Neglect)	<p>0 = Tidak ada <i>neglect</i></p> <p>1 = Tidak ada atensi pada salah satu modalitas berikut; <i>visual, tactile, auditory, spatial, or personal inattention.</i></p> <p>2 = Tidak ada atensi pada lebih dari satu modalitas</p>					
	TOTAL						
	<p>Keterangan :</p> <p>Skor < 5 : defisit neurologis ringan</p> <p>Skor 6-14 : defisit neurologis sedang</p> <p>Skor 15-24 : defisit neurologis berat</p> <p>Skor ≥ 25 : defisit neurologis sangat berat</p>						

2.2.5 Pathway



Gambar 2.2 Pathway CVA Bleeding (NANDA, 2015)

2.2.6 Manifestasi Klinik

Gejala *CVA Bleeding* bervariasi tergantung pada lokasi perdarahan dan jumlah jaringan otak yang terkena. Gejala biasanya muncul tiba-tiba, tanpa peringatan dan sering selama aktivitas. Gejala mungkin sering muncul dan menghilang atau perlahan-lahan menjadi lebih buruk dari waktu ke waktu.

Gejala *CVA Bleeding* bisa meliputi:

- a. Perubahan tingkat kesadaran (mengantuk, letih, apatis, koma).
- b. Kesulitan berbicara atau memahami orang lain.
- c. Kesulitan menelan.
- d. Kesulitan menulis atau membaca.
- e. Sakit kepala yang terjadi ketika berbaring, bangun dari tidur, membungkuk, batuk atau kadang terjadi secara tiba-tiba.
- f. Kehilangan koordinasi.
- g. Kehilangan keseimbangan.
- h. Perubahan gerakan biasanya pada satu sisi tubuh, seperti kesulitan menggerakkan salah satu bagian tubuh, atau penurunan ketrampilan motorik.
- i. Mual atau muntah.
- j. Kejang.
- k. Sensasi perubahan biasanya pada satu sisi tubuh, seperti penurunan sensasi, baal atau kesemutan.
- l. Kelemahan pada satu sisi tubuh.

(Batticaca, 2008)

2.2.7 Penatalaksanaan Medis dan Keperawatan

2.2.7.1 Penatalaksanaan Medis

Penanganan *CVA Bleeding* merupakan salah satu kunci penting dalam mengurangi kematian dan meminimalkan kerusakan otak yang ditimbulkan oleh *CVA Bleeding* adalah dengan memberikan penanganan yang cepat dan tepat. Jika penanganan *CVA Bleeding* diberikan lebih dari rentang waktu (*golden hour*) maka kerusakan neurologis yang dialami pasien *CVA Bleeding* akan bersifat permanen. Fassbender (2017) menyatakan bahwa waktu yang paling direkomendasikan pada pasien *CVA Bleeding* adalah 3-4,5 jam yang disebut dengan *golden hour*.

1) Menurunkan kerusakan iskemik serebral.

Tindakan awal difokuskan untuk menyelamatkan sebanyak mungkin area iskemik dengan memberikan oksigen, glukosa dan aliran darah yang adekuat dengan mengontrol atau memperbaiki disritmia serta tekanan darah.

2) Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK

Dengan meninggikan kepala 15-30 derajat menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan, pemberian dexamethason.

3) Pengobatan

a) Anti koagulan : Heparin untuk menurunkan kecenderungan perdarahan pada fase akut.

b) Obat anti trombotik : pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik atau embolik.

c) Diuretika : untuk menurunkan edema serebral.

4) Pembedahan

Endarterektomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak.

2.2.7.2 Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut Smeltzer dan Bare (2002), penatalaksanaan *CVA Bleeding* antara lain:

- 1) Posisi kepala dan badan 15-30 derajat. Posisi miring apabila muntah dan boleh mulai mobilisasi bertahap jika hemodinamika stabil.
- 2) Bebaskan jalan nafas dan pertahankan ventilasi yang adekuat.
- 3) Tanda-tanda vital usahakan stabil.
- 4) Bedrest.
- 5) Pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.
- 6) Hindari kenaikan suhu, batuk, konstipasi, atau cairan suction yang berlebih.

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan untuk menegakkan diagnose *CVA Bleeding* adalah (Purwanto, 2016):

1. Laboratorium: darah rutin, gula darah, urin rutin, cairan serebrospinal, AGD, biokimia darah, elektrolit.
2. CT Scan kepala untuk mengetahui lokasi dan luasnya perdarahan dan juga untuk memperlihatkan adanya edema hematoma, iskemia, dan adanya infark.
3. Ultrasonografi doppler: mengidentifikasi penyakit arterio vena.
4. Angiografi serebral membantu menentukan penyebab *CVA Bleeding* secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri.
5. MRI: menunjukkan darah yang mengalami infark, hemoragic.

6. EEG: memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
7. Sinar X tengkorak: menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang meluas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trombosit serebral, klasifikasi parsial dinding aneurisme pada perdarahan sub arachnoid.

(Batticaca, 2008)

2.2.9 Komplikasi

Komplikasi yang bisa ditimbulkan dari *CVA Bleeding* diantaranya :

1. Infark serebri.
2. Hidrosephalus yang sebagian kecil menjadi hidrosephalus normotensif.
3. Fistula caroticocavernosum.
4. Epistaksis.
5. Peningkatan TIK, tonus otot abnormal.
6. Gangguan otak berat.
7. Kematian bila tidak dapat mengontrol respon pernafasan atau kardiovaskuler.

(Batticaca, 2008)

2.3 Asuhan Keperawatan Pasien dengan CVA *Bleeding*

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas

Meliputi identitas klien (nama, umur, jenis kelamin, status, suku, agama, alamat, pendidikan, diagnosa medis, tanggal MRS, dan tanggal pengkajian diambil) dan identitas penanggung jawab (nama, umur, pendidikan, agama, suku, hubungan dengan klien, pekerjaan, alamat).

2. Keluhan Utama

Kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan *CVA Bleeding* sering kali berlangsung sangat mendadak saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, DM, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kotrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulasi, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, DM, atau adanya riwayat *CVA Bleeding* dari generasi terdahulu

6. Pola Fungsi Kesehatan

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan. Persepsi terhadap arti kesehatan, dan piñata pelaksanaan kesehatan, kemampuan menyusun tujuan, pengetahuan tentang praktek kesehatan.

7. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Mengalami penurunan kesadaran, suara bicara, kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara/afasia, TTV meningkat, nadi bervariasi.

a) B1 (Breathing)

Pada infeksi didapatkan klien batuk, peningkatan sputum, sesak napas, penggunaan alat bantu napas, dan peningkatan frekuensi napas. Pada klien dengan kesadaran CM, pada infeksi peningkatan pernapasannya tidak ada kelainan, palpasi thoraks didapatkan taktil fremitus seimbang, auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

b) B2 (Blood)

Pengkajian pada sistem kardiovaskuler didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke.

Tekanan darah biasanya terdapat peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg)

c) B3 (Brain)

CVA Bleeding yang menyebabkan berbagai defisit neurologis, tergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya

d) B4 (Bladder)

Setelah *CVA Bleeding* klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena kebingungan, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan dan ketidakmampuan

mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermitten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

e) B5 (Bone)

Pada kulit, jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien *CVA Bleeding* mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/hemiplegi serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat

2) Pengkajian Tingkat Kesadaran

Pada klien lanjut usia kesadaran klien *CVA Bleeding* biasanya berkisar pada tingkat latergi, stupor dan koma

3) Pengkajian Fungsi Serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa, lobus frontal dan hemisfer

4) Pengkajian Saraf Kranial

Umumnya terdapat gangguan nervus cranialis VII dan XII central

5) Pengkajian Sistem Motorik

Hampir selalu terjadi kelumpuhan/kelemahan pada salah satu sisi tubuh

6) Pengkajian Reflek

Pada fase akur refleks fisiologis yang lumpuh akan menghilang setelah beberapa hari refleks fisiologian muncul kembali didahului refleks patologis

7) Pengkajian Sistem Sensori Dapat terjadi hemihipertensi.

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan CVA *Bleeding* biasanya dilakukan CT *Scan* kepala dan juga EEG

9. Terapi

(Adib, M. 2009)

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah Kesehatan, pada resiko masalah Kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosa yang muncul pada pasien CVA *Bleeding* adalah sebagai berikut

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan menurunnya reflek batuk dan menelan,immobilisasi **(D. 0005 SDKI 2016 Halaman 26)**
2. Risiko Perfusi Serebral tidak Efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah sekunderakibat peningkatan tekanan intra cranial **(D.0017 SDKI 2017 Halaman 51)**
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular **(D.0054 SDKI 2016 Halaman 124)**
4. Nyeri Akut berhubungan dengan vasopasme arteri serebral/saraf serebral **(D.0077 SDKI 2016 Halaman 172)**

5. Defisit Nutrisi berhubungan dengan kelemahan kelemahan otot pengunyah dan otot penelan (**D.0019 SDKI 2016 Halaman 56**).

2.2.3 Perencanaan Keperawatan CVA Bleeding

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan Kesehatan klien, individu, keluarga dan komunitas. Intervensi keperawatan pada Ny. SS dengan diagnosa medis CVA Bleeding di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yaitu:

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan pada Pasien dengan CVA Bleeding

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Penekanan saluran napas.	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas Klien membaik (L.01004 SIKI 2016 Halaman 95)</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Frekuensi napas membaik 2) Kedalaman napas membaik 	<p>Manajemen Jalan Napas (1.01011 SIKI 2016 Halaman 186)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2) Monitor bunyi napas (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Posisikan semi-fowler atau fowler 5) Berikan minuman hangat 6) Berikan oksigen, jika perlu <p><i>Edukasi:</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui frekuensi, kedalaman, usaha napas 2. Untuk mengetahui adanya gurgling, mengi, wheezing, atau ronkhi pada pasien 3. Untuk mengetahui adanya sumbatan jalan napas misalnya jumlah, warna atau aroma sputum

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
			<p>7) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi</p> <p>8) Ajarkan tehnik batuk efektif</p> <p><i>Kolaborasi:</i></p> <p>9) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p>	<p>4. Mengatur posisi pasien untuk membantu membuka jalan napas</p> <p>5. Memberikan minuman hangat untuk membantu melegakan tenggorokan</p> <p>6. memberikan oksigen untuk menambah asupan oksigen</p> <p>7. menganjurkan asupan cairan dapat membantu mengencerkan sputum</p> <p>8. batuk efektif dapat mengeluarkan dahak secara maksimal</p>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
				9. pemberian bronkodilator, ekspektoran, atau mukolitik dapat membantu melegakan dan mencairkan dahak.
2.	Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah sekunder akibat peningkatan tekanan intracranial.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Keadekuatan aliran darah serebral untuk menunjang fungsi otak Meningkat (L.02014 SLKI 2016 Halaman 85) Kriteria Hasil: 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Tekanan darah membaik	Perawatan Sirkulasi (1.02079 SIKI 2016 Halaman 345) <i>Observasi:</i> 1) Periksa sirkulasi perifer 2) Identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <i>Terapeutik:</i> 4) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 5) Hindari pengukuran tekanan darah di area keterbatasan perfusi	1. Untuk mengetahui sirkulasi perifer pasien 2. Untuk mengetahui factor risiko gangguan sirkulasi 3. Untuk mengetahui adanya panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 4. Pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
			<p>6) Lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>7) Lakukan hidrasi</p> <p><i>Edukasi:</i></p> <p>8) Anjurkan berhenti merokok</p> <p>9) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu</p> <p>10) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat</p>	<p>perfusi mengakibatkan tidak adanya sirkulasi darah</p> <p>5. Pengukuran tekanan darah di area keterbatasan perfusi dapat mengakibatkan tekanan sirkulasi darah tidak efektif</p> <p>6. karena daerah kaki adalah area yang paling jauh dari jantung sehingga sirkulasi menurun</p> <p>7. hidrasi dapat memperbaiki sirkulasi perfusi</p> <p>8. merokok dapat memperburuk</p>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
				<p>aliran perfusi</p> <p>9. menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan maupun penurun kolestrol dapat melancarkan perfusi</p> <p>10. perawatan kulit untuk mengalirkan perfusi ke area yang mengalami penurunan perfusi.</p>
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik Klien meningkat (L.05042 SLKI 2016 Halaman 65)</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Gerakan terbatas menurun 3) Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi (1.05173 SIKI 2016 Halaman 30)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><i>Terapeutik:</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui adanya nyeri dan keluhan nyeri yang dirasakan oleh pasien 2. Untuk mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilisasi

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
			3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (missal pagar tempat tidur) 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <i>Edukasi:</i> 5. Jelaskan prosedur dan tujuan Mobilisasi	3. Alat bantu untuk membantu pasien memudahkan mobilisasi dan mengurangi resiko cedera 4. Melibatkan keluarga agar latihan mobilisasi pasien menjadi lebih aman karena adanya pengawasan 5. Agar pasien mengetahui tujuan dari mobilisasi
4.	Nyeri Akut berhubungan dengan Vasospasme arteri serebral/saraf serebral	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri Klien menurun (L.08066 SLKI 2016 Halaman 145) Kriteria Hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Gelisah menurun 3. Nafsu makan membaik 	Manajemen Nyeri (1.08238 SIKI 2016 Halaman 201) <i>Observasi:</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal <i>Terapeutik:</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri yang dirasakan pasien 2. untuk mengetahui adanya

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
			<p>3. Berikan teknik non farmakologis kompres hangat</p> <p>4. Fasilitasi istirahat tidur</p> <p><i>Edukasi:</i></p> <p>5. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>6. Ajarkan teknik nonfarmakologi tarik napas dalam</p> <p><i>Kolaborasi:</i></p> <p>7. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p>	<p>respon non verbal nyeri</p> <p>3. Teknik non farmakologis membantu meredakan nyeri</p> <p>4. istirahat tidur dapat membantu mendistraksi nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>5. agar pasien mengetahui penyebab, periode dan pemicu nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>6. Teknik napas dalam membantu pasien agar lebih tenang dan mengurangi rasa nyeri</p>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
				yang dialami pasien 7. Pemberian analgesik membantu mengurangi rasa nyeri
5.	Defisit Nutrisi berhubungan dengan kelemahan otot pengunyah dan otot penelanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme membaik (L.03030 SLKI 2016 Halaman 121) Kriteria Hasil: 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Membrane mukosa membaik 3. Frekuensi makan membaik	Manajemen Nutrisi (1.03119 SIKI 2016 Halaman 200) <i>Observasi:</i> 1. Monitor asupan makanan 2. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric <i>Terapeutik:</i> 3. Berikan suplemen makanan, <i>jika perlu</i> 4. Lakukan oral hygiene sebelum makan, <i>jika perlu</i> <i>Edukasi:</i> 5. Anjurkan posisi duduk, <i>jika mampu</i> 6. Ajarkan diet yang diprogramkan <i>Kolaborasi:</i> 7. Kolaborasi pemberian	1. Untuk mengetahui asupan makanan pasien 2. Untuk memfasilitasi kebutuhan nutrisi dengan penggunaan selang 3. Suplemen makanan dapat membantu menaikkan nafsu makan pasien 4. Oral hygiene untuk mengurangi muntah pada pasien 5. Posisi duduk agar

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
			medikasi sebelum makan 8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i>	pasien tidak tersedak saat sedang makan 6. Agar diet pasien dapat lebih teratur 7. Pemberian medikasi dapat membantu mengatasi asam lambung pasien dan perasan mual 8. agar pasien dan keluarga mengerti kebutuhan asupan nutrisi yang dibutuhkan oleh pasien

2.2.4 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan CVA *Bleeding*

Potter & Perry (2009), implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Tujuan dan implementasi adalah:

1. Melakukan, membantu/mengarahkan kinerja aktifitas kehidupan sehari-hari.
2. Memberikan arahan keperawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada pasien.
3. Mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan Kesehatan yang berkelanjutan dari pasien.

2.2.5 Evaluasi Asuhan Keperawatan *CVA Bleeding*

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak

1. Evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang keresahan klien dengan berdasar tujuan yang telah ditetapkan
2. Dalam evaluasi tujuan tersebut terdapat 3 alternatif yaitu tujuan tercapai, tujuan tercapai Sebagian, tujuan tidak tercapai.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan kasus nyata, asuhan keperawatan pada Ny. SS dengan diagnosa medis *CVA Bleeding* di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, yang penulis lakukan pada tanggal 28 November 2022, 29 November 2022 dan 30 November 2022. Anamnesa diperoleh dari keluarga dan rekam medis dengan data sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Dasar

Ny. SS berusia 71 tahun beragama islam, Jawa, janda, No. Register 711xxx. Pasien dirawat dengan diagnosa medis *CVA Bleeding*. Pasien masuk RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 18 November pukul 19.00 WIB melalui IGD dan dilakukan *CT Scan* kepala, masuk ke ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dan dilakukan pengkajian pada tanggal 28 November 2022 pukul 20.00 WIB Riwayat Penyakit Sekarang Ny. SS pada tanggal 18 November 2022 pukul 18.00 WIB saat akan bangun dari posisi duduk, pasien tiba-tiba terjatuh karena nyeri kepala. Lalu disusul rasa mual dan ingin muntah. Nyeri yang dirasakan pasien berdenyut-denyut. Pada tanggal 28 November 2022 lakukan pengkajian oleh penulis dan didapatkan hasil, keadaan umum lemah, berat badan pasien 70 Kg, tinggi badan pasien 165 cm, IMT pasien 25,9 (berat badan berlebih). Pasien Ketika diajak bicara sedikit pelo dan terjadi kelemahan otot pengunyah.

3.1.2 Pengkajian Persistem (*Review of System*)

Keadaan umum Ny. SS lemah, keadaran compos mentis, GCS 456, nadi: 110 x/menit pada arteri radialis, respiratory rate: 20 x/menit, tekanan darah: 140/100 mmHg, SPO2 97%.

1. Airway and Breathing Bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tampak adanya napas cuping hidung, tidak ada sianosis, tidak ada retraksi dinding dada, *Respiratory rate* 20x/menit, suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan, suara sonor terdengar disemua lapang paru, suhu axilla: 36,1°C.
2. Circulation Ictus cordis tidak terlihat, sclera konjungtiva tidak anemis, *capillary refill time* > 3 detik, akral teraba dingin, nadi teraba lemah dengan frekuensi 101x/menit, irama napas ireguler, irama jantung regular. IVH 8,22 cc
3. Neurologi
Kesadaran pasien compos mentis, GCS E4 V5 M6, orientasi lingkungan baik, pupil bulat isokor, Nervus 1 (Olfaktorius): Penciuman normal, pasien mampu mengenali bau. Nervus 2 (Optikus): Reflek terhadap cahaya positif. Nervus kranial 3: pasien tidak mengalami gangguan mengangkat kelopak mata, pupil isokor, pasien mampu menggerakkan bola mata. Nervus kranial 4: pasien tidak mengalami gangguan mengangkat kelopak mata, pupil isokor, pasien mampu menggerakkan bola mata. Nervus kranial 5: pasien tidak ditemukan paralisis pada otot wajah dan refleks kornea tidak ada kelainan, pasien dapat merasakan

rangsangan. Nervus kranial 6: pasien tidak mengalami gangguan mengangkat kelopak mata, pupil isokor, pasien mampu menggerakkan bola mata. Nervus kranial 7: Persepsi pengecapan sedikit lemah, wajah tidak simetris, pasien mampu mengerutkan dahi. Nervus kranial 8: Tidak ditemukan tuli konduktif dan tuli persepsi, tidak ada laterasi dikedua telinga. Nervus kranial 9: pasien sedikit kesulitan menelan. Nervus kranial 10: pasien sedikit kesulitan menelan. Nervus kranial 11: Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius. Nervus kranial 12: pasien mampu menjulurkan lidah, lidah simetris, tidak ada deviasi pada satu sisi dan ada fasikulasi, indra pengecapan normal

4. Urinary

Genetalia bersih, terpasang kateter urin, warna urin kuning jernih sebanyak 600 cc pada saat pengkajian, tidak ada hematuria, terdapat distensi kandung kemih, terdengar bunyi timpani pada daerah abdomen. Gastrointestinal Mulut kotor, membran mukosa kering, tidak ada gigi palsu, faring normal, tidak ada mual dan muntah, jumlah asupan makanan dan minuman yang diberikan diit TKTP, tidak terpasang alat bantu, hasil pemeriksaan gula darah acak pada saat pengkajian 263 mg/dl. 6. one dan Integumen Warna kulit pasien sawo matang, kuku bersih, turgor kulit tidak elastis, range of motion pasien terbatas pada kedua lutut pasien, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, tidak ada luka bakar, terdapat edema pada kedua kaki. Kekuatan Otot:

5555	5555
2222	2222

3.1.3 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Penunjang pada Ny. SS dengan Diagnosa Medis CVA Bleeding di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Nilai Normal (satuan)
27 November 2022	Leukosit	6150	4500 – 10.000
	Hb	9,8	12 – 16
	Trombosit	162000	150.000 – 200.000
	GDA	263	< 120
	BUN	47 mg/dl	10 – 24
	Kreatin	8,2 mg/dl	0,6 – 1,5
	Na	141,9 mmo/L	135,0 – 147,0
	K	3,50 mmo/L	3,00 – 5,00
	Cl	102,0 mmo/L	95,0 – 105,0

Tanggal Pemeriksaan: 18 November 2022

Pemeriksaan MSCT Scan kepala tanpa kontras:

Tampak lesi hiperdens, berdensitas darah di corona radiata sampai thalamus kanan

Tampak densitas darah mengisi ventrikel lateralis kanan kiri, ventrikel III dan IV

(volume total: +/- 8,22 cc)

Sulci dan gyri tampak baik

System ventrikel dan cistema normal

Pons dan cerebellum normal

Tak tampak midline shift

Tak tampak kalsifikasi abnormal

Orbita, mastoid dan sinus paranasales kanan kiri normal

Calvaria normal

Kesan:

ICH corona radiata sampai thalamus kanan

IVH (volume total: +/- 8,22 cc)

Tanggal Pemeriksaan :21 November 2022

**Pemeriksaan MSCT Thorax irisan axial reformatted coronal dan sagittal
tanda dan dengan kontras:**

Tak tampak massa di paru kanan kiri/mediastinum yang dengan pemberian kontras tak tampak contrast enhancement

Trachea dan main bronchus kanan kiri paten

Jantung dan pembuluh darah besar tak tampak kelainan

Tampak fibrosis di suprahiller kiri

Tampak dilatasi brochiole bentuk cystic disertai fibrosis di suprahiller kanan

Tampak penarikan hillus kanan ke superior

Tak tampak infiltrate/nodul di paru kanan kiri

Tak tampak atelectasis/kolaps paru

Tampak penebalan pleura dengan kalsifikasi di pleura kanan kiri atas

Tak tampak pembesaran KGB paratracheal, subcarinal, dan peribronchial

Tak tampak densitas cairan di cavum pleura kanan kiri

Tak tampak nodul di hepar maupun kelenjar adrenal kanan kiri

Tak tampak proses osteolitik/osteoblastic

Tampak tenting hemidiafragma kanan kiri

Tampak lesi berdensitas lemak di mid pole ginjal kiri ukuran +/- 2,04x1,64 cm

Kesimpulan:

- Saat ini tak tampak gambaran massa di paru kanan kiri maupun mediastinum
- Temuan diatas kesan suatu Bronchiectasis dengan peradangan paru proses kronik
- Pleural plaque kanan kiri atas
- Fat containing renal lesion kiri ukuran +/- 2,04x1,64 cm

3.1.4 Terapi Medis

Tabel 3.2 Terapi Medis pada Ny. SS dengan Diagnosa Medis CVA *Bleeding* di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Terapi obat	Dosis		Rute	Indikasi
Serbion	5000	0-1-0	Oral	meredakan nyeri sendi, memperbaiki system sel syaraf
Betahistin	24mg	2x1	Oral	Mengobati nyeri Untuk mencegah
Nimotop	60mg	4x1	Oral	vasospasme sekunder akibat perdarahan suarachnoid Untuk
Flunarizine	5mg	3x1	Oral	profilaksis migrain Untuk
Lactulac syr		3xc1	Oral	melancarkan buang air besar Antibiotic untuk
Ciprofloxacine	500mg	2x1	Oral	mencegah infeksi akibat bakteri Antibiotic untuk
Urixin		3x1	Oral	mengatasi ISK

3.2 Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data pada Ny. SS dengan Diagnosa Medis CVA *Bleeding* di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

No.	Data / Faktor Resiko	Etiologi	Masalah / Problem
1.	Faktor Resiko: 1) Usia pasien 71 tahun 2) Tekanan darah 140/100 mmHg 3) Nadi 110 x/menit. Hasil 4) CT Scan tampak IVH 8,22 cc Kondisi Klinis Terkait: 1) Stroke 2) Embolisme 3) Hipertensi	-	Risiko perfusi serebral tidak efektif
2.	DS: 1) Pasien mengatakan kekuatan kakinya menurun dan merasa lemas 2) Mengeluh sulit menggerakkan kakinya DO: 3) Fisik pasien tampak lemah 4) Rentang gerak (ROM) menurun 5) Kekuatan otot pasien menurun 6) Pasien lebih banyak tidur terlentang 7) Aktivitas dibantu keluarga	Gangguan neuromuscular	Gangguan mobilitas fisik
3.	DS: 1) P: pasien mengeluh nyeri kepala 2) Q: nyeri dirasakan berdenyut-denyut 3) R: nyeri pada bagian kepala belakang hingga ke dahi	Vasospasme arteri serebral / saraf serebral	Nyeri akut

No.	Data / Faktor Resiko	Etiologi	Masalah / Problem
	4) S: skala nyeri 4 5) T: nyeri dirasakan hilang timbul DO: 6) TD: 160/90 mmHg, N: 110, RR: 20, SPO2: 98% 7) Pasien tampak gelisah		

3.3 Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian pasien didapatkan diagnosa keperawatan, yaitu:

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif yang ditandai dengan adanya factor resiko hipertensi, embolisme, aterosklerosis aorta. Kondisi Klinis Terkait: Stroke, embolisme, dan hipertensi.
Rasional : diagnose ini ditegakkan karena adanya gangguan aliran darah sekunder akibat peningkatan tekanan intra cranial.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan deficit neurologis yang ditandai dengan pasien mengeluh sulit menggerakkan kedua kakinya, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, fisik pasien tampak lemah.
Rasional : diagnosa ini ditegakkan karena adanya Vasospasme arteri serebral/saraf serebral yang menimbulkan hemiparese pada pasien sehingga terjadi kelemahan pada anggota gerak tubuh.
- c. Nyeri Akut berhubungan dengan Vasospasme arteri serebral/saraf serebral yang ditandai dengan P: pasien mengatakan nyeri kepala, Q: nyeri dirasakan seperti diremas-remas, R: nyeri dibagian kepala belakang, S: skala nyeri 4,

T: nyeri hilang timbul, Tekanan darah: 170/90 mmHg, nafsu makan pasien menurun hanya setengah porsi

Rasional : diagnosa ini ditegakkan pada system persarafan pasien karena ada peningkatan tekanan sistemik

3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan pada Ny. SS dengan Diagnosa Medis CVA Bleeding di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah sekunder akibat peningkatan tekanan intracranial.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Keadekuatan aliran darah serebral untuk menunjang fungsi otak Meningkat (L.02014 SLKI 2016 Halaman 85) Kriteria Hasil: 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Tekanan darah membaik	Perawatan Sirkulasi (1.02079 SIKI 2016 Halaman 345) <i>Observasi:</i> 1) Periksa sirkulasi perifer 2) Identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <i>Terapeutik:</i> 4) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 5) Hindari pengukuran tekanan darah di area	1. Untuk mengetahui sirkulasi perifer pasien 2. Untuk mengetahui factor risiko gangguan sirkulasi 3. Untuk mengetahui adanya panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 4. Pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi mengakibatkan tidak adanya

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
			<p>keterbatasan perfusi</p> <p>6) Lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>7) Lakukan hidrasi</p> <p><i>Edukasi:</i></p> <p>8) Anjurkan berhenti merokok</p> <p>9) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu</p> <p>10) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat</p>	<p>sirkulasi darah</p> <p>5. Pengukuran tekanan darah di area keterbatasan perfusi dapat mengakibatkan tekanan sirkulasi darah tidak efektif</p> <p>6. karena daerah kaki adalah area yang paling jauh dari jantung sehingga sirkulasi menurun</p> <p>7. hidrasi dapat memperbaiki sirkulasi perfusi</p> <p>8. merokok dapat memperburuk aliran perfusi</p> <p>9. menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan maupun</p>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
				<p>penurun kolestrol dapat melancarkan perfusi</p> <p>10. perawatan kulit untuk mengalirkan perfusi ke area yang mengalami penurunan perfusi.</p>
2.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik Klien meningkat (L.05042 SLKI 2016 Halaman 65)</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Gerakan terbatas menurun 3) Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi (1.05173 SIKI 2016 Halaman 30)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (missal pagar tempat tidur 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui adanya nyeri dan keluhan nyeri yang dirasakan oleh pasien 2. Untuk mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3. Alat bantu untuk membantu pasien memudahkan mobilisasi dan mengurangi resiko cedera 4. Melibatkan keluarga agar

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
				<p>latihan mobilisasi pasien menjadi lebih aman karena adanya pengawasan</p> <p>5. Agar pasien mengetahui tujuan dari mobilisasi</p>
4.	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan Vasospasme arteri serebral/saraf serebral</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri Klien menurun (L.08066 SLKI 2016 Halaman 145)</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Keluhan nyeri menurun 5. Gelisah menurun 6. Nafsu makan membaik 	<p>Manajemen Nyeri (1.08238 SIKI 2016 Halaman 201)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan teknik non farmakologis kompres hangat 4. Fasilitasi istirahat tidur <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri yang dirasakan pasien 2. untuk mengetahui adanya respon non verbal nyeri 3. Teknik non farmakologis membantu meredakan nyeri 4. istirahat tidur dapat membantu mendistraksi nyeri yang

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
			<p>6. Ajarkan teknik nonfarmakologi tarik napas dalam</p> <p><i>Kolaborasi:</i></p> <p>8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p>	<p>5. dirasakan pasien agar pasien mengetahui penyebab, periode dan pemicu nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>6. Teknik napas dalam membantu pasien agar lebih tenang dan mengurangi rasa nyeri yang dialami pasien</p> <p>7. Pemberian analgesik membantu mengurangi rasa nyeri</p>

3.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Penunjang pada Ny. SS dengan Diagnosa Medis CVA Bleeding di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

No. Dx	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan	Paraf
1,2,3	28 November 2022 07.00 08.10	Timbang terima dengan perawat jaga pagi Mengobservasi keadaan umum dan keluhan pasien - Pasien mengatakan nyeri kepala, rasanya berdenyut-denyut, nyeri dirasakan skala 4, hilang timbul - Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan kakinya. Terasa berat dan lemas - Pasien tampak tiduran, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga		Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah sekunder akibat peningkatan tekanan intra cranial. S: - O: - TD: 170/100 mmHg - N: 101 x/menit - Suhu: 36,5 - RR: 20 x/menit - SPO2: 99% - IVH: 8,22 cc A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan	
1,3	09.00	Mengobservasi TTV pasien - TD: 170/100 mmHg - N: 101 x/menit - Suhu: 36,5 - RR: 20 x/menit		Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan deficit neurologis S: pasien mengatakan kakinya terasa berat dan lemas sehingga susah menggerakkannya	

No. Dx	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan	Paraf
1,3	09.05	- SPO2: 99% Melakukan monitoring adanya panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas pasien		O: - Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga, baik untuk makan, toileting maupun untuk mengganti posisi tidur - Kekuatan otot dan rentang gerak pasien menurun dari 5555 menjadi 2222 - Gerakan kaki pasien tidak terkoordinasi - Fisik pasien lemah	
1,2,3	09.10	Melakukan monitoring kondisi umum selama melakukan mobilisasi		A: masalah belum teratasi	
1,2,3	10.00	Memberikan posisi nyaman pada pasien		P: intervensi dilanjutkan	
3	10.30	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal dari pasien		Nyeri akut berhubungan dengan vasospasme arteri serebral/saraf serebral	
3	11.00	Menjelaskan pada pasien penyebab, periode, dan pemicu nyeri kepala yang dirasakan pasien		S: pasien mengatakan nyeri kepala berdenyut-denyut skala 4, dirasakan hilang timbul	
	12.00	Memberikan makan siang pada pasien		O: pasien tampak mengernyit kesakitan	
	12.05	Menganjurkan pasien makan tepat waktu		- TD: 170/100 mmHg	
	12.06	Menganjurkan pasien segera makan selagi hangat		- N: 101 x/menit	
				- Suhu: 36,5	

No. Dx	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan	Paraf
1,3	12.30 14.00	Memberikan terapi kepada pasien sesuai advis dokter - Lactulac syr - Flunarizine po - Urixin po Timbang terima dengan perawat jaga sore		- RR: 20 x/menit - SPO2: 99% A: masalah belumm teratasi P: intervensi dilanjutkan	
	29 November 2022 14.00 15.00 15.05	Timbang terima dengan perawat jaga pagi Mengobservasi keadaan umum dan keluhan pasien - Pasien mengatakan kakinya masih terasa lemas dan berat saat coba digerakkan - Nyeri kepala masih dirasakan tapi intensiteas nyeri mulai berkurang Memasang pagar tempat tidur agar pasien dapat melakukan mobilisasi seperti mika-miki		Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah sekunder akibat peningkatan tekanan intra cranial. S: - O: - TD: 168/99 mmHg - N: 97 x/menit - Suhu: 36,4 - RR: 18 x/menit - SPO2: 99% - IVH: 8,22 cc A: masalah belum teratasi	

No. Dx	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan	Paraf
	16.00	Melibatkan keluarga untuk membantu meningkatkan pergerakan		P: intervensi dilanjutkan	
	16.05	Menjelaskan kepada keluarga dan pasien tentang prosedur dan tujuan mobilisasi		Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan deficit neurologis	
	17.00	Mengobservasi TTV pasien - TD: 168/99 mmHg - N: 97 x/menit - Suhu: 36,4 - RR: 18 x/menit - SPO2: 99%		S: pasien mengatakan kakinya terasa berat dan lemas sehingga susah menggerakannya, keluarga mengatakan mengerti tentang prosedur dan tujuan mobilisasi	
	17.30	Memberikan terapi sesuai advis dokter - Betahistin - Nimotop - Flunarizine - Lactulac syr - Ciprofloxacin - Urixin		O: - Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga, baik untuk makan, toileting maupun untuk mengganti posisi tidur - Kekuatan otot dan rentang gerak pasien menurun dari 5555 menjadi 2222 - Gerakan kaki pasien tidak terkoordinasi - Fisik pasien lemah - Keluarga pasien tampak membantu pasien Latihan menggerakkan kakinya yang terasa lemas dan berat	
	18.00	Memberikan diit kepada pasien		A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	

No. Dx	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan	Paraf
				<p>Nyeri akut berhubungan dengan vasospasme arteri serebral/saraf serebral S: pasien mengatakan nyeri kepala berdenyut-denyut skala 4, dirasakan hilang timbul, pasien mengatakan mengerti penyebab nyeri yang dirasakan pasien, nyeri yang dirasakan mulai berkurang frekuensinya</p> <p>O: pasien tampak mengernyit kesakitan</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 168/99 mmHg - N: 97 x/menit - Suhu: 36,4 - RR: 18 x/menit - SPO2: 99% <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	
	30 November 2022 07.00	Timbang terima dengan perawat jaga pagi		<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah sekunder akibat peningkatan tekanan intra cranial.</p>	

No. Dx	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan	Paraf
		<p>Mengobservasi keadaan umum dan keluhan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri kepala, rasanya berdenyut-denyut berkurang frekuensinya, nyeri dirasakan skala 3, hilang timbul - Pasien mengatakan bisa menggerakkan kakinya sedikit walaupun masih terasa berat dan lemas - Pasien tampak tiduran, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga <p>Mengobservasi TTV pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 163/87 mmHg - N: 89 x/menit - Suhu: 36,5 - RR: 20 x/menit - SPO2: 99% <p>Melakukan monitoring adanya panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas pasien</p>		<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 163/87 mmHg - N: 89 x/menit - Suhu: 36,5 - RR: 20 x/menit - SPO2: 99% - IVH: 8,22 cc <p>A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan deficit neurologis</p> <p>S: pasien mengatakan menggerakkan kakinya sedikit-sedikit walaupun terasa berat dan lemas</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga, baik untuk makan, toileting maupun untuk mengganti posisi tidur 	

No. Dx	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan	Paraf
		<p>Melakukan monitoring kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Memberikan posisi nyaman pada pasien</p> <p>Mengidentifikasi respon nyeri non verbal dari pasien</p> <p>Menjelaskan pada pasien penyebab, periode, dan pemicu nyeri kepala yang dirasakan pasien</p> <p>Memberikan makan siang pada pasien</p> <p>Menganjurkan pasien makan tepat waktu</p> <p>Menganjurkan pasien segera makan selagi hangat</p> <p>Memberikan terapi kepada pasien sesuai advis dokter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lactulac syr - Flunarizine po - Urixin po 		<p>- Kekuatan otot dan rentang gerak pasien menurun dari 5555 menjadi 3333</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Nyeri akut berhubungan dengan vasospasme arteri serebral/saraf serebral</p> <p>S: pasien mengatakan nyeri kepala berdenyut-denyut skala 4, dirasakan hilang timbul, frekuensi nyeri berkurang</p> <p>O: pasien tampak mengernyit kesakitan</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 163/87 mmHg - N: 89 x/menit - Suhu: 36,5 - RR: 20 x/menit - SPO2: 99% <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	

No. Dx	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan	Paraf
		Timbang terima dengan perawat jaga sore			

BAB 4

PEMBAHASAN

Pembahasan berisi perbandingan kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan *CVA Bleeding* di ruang 7 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. SS dengan melakukan anamnesa pada pasien, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari:

1. Identitas

Data yang didapatkan Ny. SS berjenis kelamin perempuan, berusia 71 tahun. Berdasarkan hasil penelitian, dari 30 responden yang menderita CVA berulang, usia yang sering terjadi CVA yaitu pada usia 45-59 tahun, sebanyak 19 orang (63,3%), sedangkan yang berusia 60-75 tahun sebanyak 9 orang (30%) dan yang berumur 75-90 tahun sebanyak 2 orang (6,67%). Hal ini menunjukkan bahwa factor usia tidak menjadi factor determinan terjadinya CVA berulang. Hal ini juga senada dengan hasil penelitian Sitorus, Hadisaputra dan Kustiowati (2010) yang menunjukkan bahwa umur merupakan factor yang secara mandiri tidak berhubungan dengan terjadinya CVA berulang. Serangan CVA bergeser ke umur yang lebih muda yaitu sekitar 40 tahunan.

Menurut National CVA Assosiation wanita lebih beresiko menderita CVA karena wanita hidup lebih lama daripada laki-laki dan CVA lebih sering terjadi

pada usia lebih tua, tetapi jika CVA tersebut terjadi pada usia muda justru lebih banyak adalah mereka yang berjenis kelamin laki-laki. Dari studi literature untuk factor resiko jenis kelamin memang menunjukkan hasil penelitian yang berbeda-beda. Menurut penelitian Ghani, Miharja dan Delima (2016) dimana perempuan dan laki-laki mempunyai proporsi yang sama untuk terjadinya CVA berulang yaitu sebesar 1,2 %. Hasil penelitian ini sesuai yang disampaikan Sacco, et, al.1997 bahwa kejadian CVA pada laki-laki 1,25 kali lebih banyak dibandingkan pada perempuan dan hasil penelitian Wayunah (2016) juga mendapatkan CVA lebih banyak diderita laki-laki dibandingkan dengan perempuan.

2. Riwayat Sakit dan Kesehatan

Menurut keluarga pasien, pasien mengidap penyakit Hipertensi, sempat mengalami pello. Selama ini pasien mendapatkan terapi Serbion 5000, Betahistin 24mg, Nimotop 60mg, Flunarizine 5mg, Lactulac syr, Ciprofloxacin 500mg, Urixin.

Tekanan darah yang tinggi dapat mempengaruhi regulasi aliran darah ke otak yang berdampak pada percepatan muncul dan bertambah hebatnya aterosklerosis serta munculnya lesi spesifik pada arteri intraserebral. Factor timbulnya lesi ini sulit dipahami namun secara linier berhubungan dengan resiko terjadinya serangan CVA (Mohr, J.P., et al 2007). Namun penelitian yang dilakukan oleh Goldstein (2006) mengatakan bahwa semakin tinggi tekanan darah semakin tinggi pula untuk terjadi serangan ulang terutama tekanan darah sistolik yang akan meningkat seiring dengan peningkatan usia. Penderita hipertensi memiliki factor resiko berulang 4-6 kali dibandingkan orang yang

tanpa hipertensi dan sekitar 40 hingga 90 % pasien CVA ternyata menderita hipertensi sebelum terkena CVA dan jarang rutin berobat, sehingga hipertensi dapat menyebabkan factor resiko terjadinya serangan ulang.

3. Pola Fungsi Kesehatan

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

- 1) Sebelum sakit, pasien mengatakan penyakit yang diderita hanya penyakit ringan, sehingga pasien berfikir lama kelamaan akan sembuh sendiri
- 2) Selama perawatan, pasien mengatakan dapat mengetahui penyakitnya setelah dirawat, dan jika ada keluarga pasien yang sakit akan dibawa ke pelayanan kesehatan terdekat untuk mengetahui penyakitnya

b. Pola Nutrisi Dan Metabolik

- 1) Sebelum sakit, pasien mengatakan makan 3x sehari dengan 1 porsi
- 2) Selama perawatan, pasien mengatakan makan 3x sehari hanya habis ½ porsi, minum air putih \pm 5-6 gelas. Tidak ada makanan yang menyebabkan alergi.

c. Pola Eliminasi

- 1) Eliminasi Feses
 - Sebelum sakit, pasien mengatakan BAB 1x pada waktu pagi hari dengan konsistensi lunak, warna coklat, bau khas dan tidak menggunakan obat pencahar dan ada keluhan nyeri ketika pasien ingin BAB.
 - Selama perawatan, pasien mengatakan BAB 1x pada waktu pagi hari dengan konsistensi cair lunak tanpa menggunakan obat pencahar.

2) Pola BAK

- Sebelum sakit, pasien mengatakan sering BAK \pm 4-5x sehari dengan bau yang khas dan warna kuning jernih.
- Selama perawatan pasien mengatakan hanya BAK \pm 3x dengan bau yang khas dan warna kuning.

4. Pola Aktivitas Dan Latihan

- Sebelum sakit, pasien mengatakan beraktifitas seperti biasanya, tetapi terkadang merasa Lelah
- Selama perawatan, pasien mengatakan hanya berbaring di tempat
- tidur, ADL dibantu keluarganya.

5. Pola Istirahat Tidur

- Sebelum sakit, pasien mengatakan tidur siang \pm 3 jam, dan tidur malam 7-8 jam mulai dari jam 22.00 malam dan ketika bangun pasien sudah merasa cukup istirahatnya.
- Selama perawatan, pasien mengatakan tidur kurang cukup, sering terbangun karena merasakan nyeri.

6. Pola Kognitif-Perseptual Sensori

- Sebelum sakit, pasien mengatakan tidak mengalami gangguan kognitif-sensori seperti penglihatan, pendengaran, berbicara, mengingat dan sebagainya.
- Selama perawatan, pasien mengatakan nyeri di kepala
- P: pasien mengatakan nyeri
- Q: Berdenyut-denyut
- R: Bagian kepala belakang

- S: 4
- T: Hilang Timbul

7. Pola Persepsi Diri Dan Konsep Diri

a. Persepsi Diri

- Sebelum sakit, pasien mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya
- Selama perawatan, pasien mengatakan lebih tenang setelah dirawat di rumah sakit, segera pulang kerumah dan berkumpul dengan keluarganya.

b. Konsep Diri

- Sebelum sakit, pasien mengatakan tidak merasa malu dengan penyakit yang diderita. Pasien merupakan seorang kepala rumah tangga yang mencari nafkah dan berhubungan baik dengan tetangganya
- Selama perawatan, pasien tidak merasa malu dengan penyakitnya. Pasien ingin sembuh dan pulang ingin berkumpul dengan keluarga dan tetangganya.

8. Pola Mekanisme Koping

- Sebelum sakit, pasien mengatakan lebih sering mengambil keputusan sendiri
- Selama perawatan, pasien mengatakan dalam mengambil keputusan secara berbicara dengan keluarganya. Pasien mengatakan agar sabar dalam merawatnya hingga sembuh dan bisa pulang.

9. Pola Seksual-Reproduksi

Pasien berjenis kelamin perempuan berumur 71 tahun

10. Pola Peran-Hubungan Dengan Orang Lain

- Sebelum sakit, pasien mengatakan berhubungan baik dengan siapa saja
- Selama perawatan, pasien terlihat berhubungan dengan tenaga kesehatan maupun dengan pasien satu kamarnya.

11. Pola Nilai Dan Kepercayaan

- Sebelum sakit, pasien mengatakan shalat 5 waktu tapi tidak sesuai jamnya.
- Selama perawatan, pasien mengatakan selalu berdoa kepada ALLAH supaya diberi kesembuhan, dan yakin bahwa Allah akan menyembuhkan sakitnya.

2. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Keadaan umum pasien tampak mengalami kelemahan di bagian ekstremitas bagian bawah, kesadaran compos mentis, dengan hasil observasi tanda-tanda vital, tekanan darah 160/100 mmHg, N: 101x/menit, S:36,5°C, RR: 20x/menit), GCS E4, V5, M6, SpO2: 99%. Pasien juga mengeluh nyeri di kepalanya.

CVA Bleeding merupakan keadaan darurat medis, karena adanya perdarahan yang menyumbat peredaran oksigen sehingga tanpa suplai oksigen dan nutrisi, sel-sel pada bagian otak yang terdampak bisa mati hanya dalam hitungan menit. Akibatnya, bagian tubuh yang dikendalikan oleh area otak tersebut tidak bisa berfungsi dengan baik (Pujiwidodo, 2016).

Sehingga muncul masalah keperawatan Nyeri Akut dikarenakan adanya penyumbatan pada pembuluh darah di otak.

b. Sistem Pernafasan

Saat pengkajian RR: 20x/menit, SpO₂: 99-100%. Tidak terdapat sumbatan jalan nafas pada pasien dan jalan nafas yang bersih, tidak terdapat suara tambahan. Bentuk dada pasien normochest, suara nafas vesikuler, pergerakan dada pasien simetris, pasien tidak batuk. Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronkhi pada pasien. Tidak didapatkan data gangguan sistem syaraf yang mempengaruhi pernafasan, karena tanda-tanda tersebut terdapat pada pasien yang koma.

c. Sistem Kardiovaskuler

Pada system kardiovaskuler didapatkan capillary refill time < 3 detik, nadi 101x/menit dengan irama regular, tekanan darah pasien sebesar 160/100 mmHg, Hb 9,8 g/dl, akral pasien teraba dingin dan tidak terdapat odema pada ekstremitas bagian bawah, IVH 8,22 cc

Pada sistem hematologi sering didapatkan adanya anemia. Anemia yang menyertai *CVA Bleeding* merupakan kondisi yang tidak dapat dielakkan sebagai akibat dari hematoma serebral (Pujiwidodo, 2016). Masalah keperawatan yang ditimbulkan yaitu Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan Hb dan juga adanya kelemahan otot pada ekstremitas pasien.

d. Sistem Persyarafan

Kesadaran compos mentis, dengan GCS E4 V5 M6, orientasi lingkungan, orang dan tempat buruk. Menurut LeMone, (2015) manifestasi

CVA Bleeding terjadi lebih awal dan mencakup perubahan fisik kesulitan menggerakkan sebelah ekstremitas, biasanya juga terjadi pelo pada saat bicara.

Menurut pandangan penulis kesesuaian apa yang telah ada pada tinjauan pustaka dengan yang ada pada pasien sesuai. Pasien mengalami gangguan dibagian yang memengaruhi nervus XI pengaturan kekuatan otot trapezius dan sternocleidomastoid. *CVA Bleeding* menyebabkan berbagai defisit neurologis bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat) (Sajidah, Wilutono and Safitri, 2021).

e. System Perkemihan

Pada saat pengkajian terhadap pasien terlihat bahwa kebersihan bagian perkemihan tampak bersih karena perawat juga merawat agar terbebas dari kuman dan bakteri yang dapat menimbulkan infeksi yang dapat memperparah kondisi pasien, kadung kemih pasien juga tidak terdapat pembesaran, tidak ada nyeri tekan, terdapat distensi kandung kemih. Jumlah urin tampung pada saat pengkajian yaitu sebanyak 600 cc berwarna kuning jernih.

Implementasi yang bisa dilakukan pada pasien dengan *CVA Bleeding* yaitu dengan melakukan tindakan pemantauan cairan. Pemantauan cairan merupakan tindakan memonitor atau memantau cairan yang masuk (intake cairan) dan cairan yang keluar dari tubuh (output cairan) selama 24 jam. Pemantauan cairan penting dilakukan untuk mencegah kelebihan volume yang akan berakibat pada perburukan ginjal (Nair, M., & Peate, 2015).

f. Sistem Pencernaan

Pada saat pengkajian tempat mulut pasien kotor karena pasien yang tidak mampu membersihkan bagian tubuhnya sendiri karena penurunan otot pengunyah sehingga susah untuk membuka mulutnya, membrane mukosa pasien tampak kering, faring pasien normal. Pasien hanya mengonsumsi *diit* TKTP 3x sehari. Dari hasil pemeriksaan pada saat pengkajian didapatkan GDA pasien yaitu 263 mg/dl.

Eliminasi alvi 1x/hari, warna kuning, konsistensi lembek. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pasien tidak mengalami gangguan pola defekasi namun pasien mengalami gangguan menelan.

g. Sistem Musculoskeletal

Hasil pengkajian terlihat bahwa kulit pasien berwarna sawo matang, kuku tampak bersih. Rentang gerak pasien terbatas pada kedua kaki. Ekstremitas Atas kanan dan kiri tampak lemah tidak dapat menggenggam kuat, ekstremitas bawah kaki kiri dan kanan tampak lemah dan tidak dapat menahan dengan kuat. Kulit kepala bersih, tidak ada benjolan, warna rambut hitam dan putih beruban, warna kulit sawo matang, tidak terdapat lesi pada anggota tubuh pasien. Masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan mobilitas fisik karena adanya vasoplasme perfusi serebral yang mengakibatkan hemiparese.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien CVA *Bleeding* adalah sebagai berikut:

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan menurunnya reflek batuk

dan menelan, immobilisasi (**D. 0005 SDKI 2016 Halaman 26**)

2. Risiko Perfusi Serebral tidak Efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah sekunder akibat peningkatan tekanan intra cranial (**D.0017 SDKI 2017 Halaman 51**)
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (**D.0054 SDKI 2016 Halaman 124**)
4. Nyeri Akut berhubungan dengan vasopasme arteri serebral/saraf serebral (**D.0077 SDKI 2016 Halaman 172**)
5. Defisit Nutrisi berhubungan dengan kelemahan kelemahan otot pengunyah dan otot penelan (**D.0019 SDKI 2016 Halaman 56**).

Namun pada tinjauan kasus ditemukan dan diprioritaskan tiga diagnosa keperawatan, yaitu:

1. Risiko Perfusi Serebral tidak Efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah sekunder akibat peningkatan tekanan intra cranial yang ditandai dengan usia pasien 71 tahun, Tekanan darah 170/100 mmHg, Nadi 101 x/menit. Hasil CT Scan tampak IVH 8,22 cc

Thrombus dan emboli didalam darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis lalu asidosis akan mengakibatkan natrium, klorida, dan air masuk kedalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalsium akan masuk dan memicu

serangkaian radikal bebas sehingga terjadi kerusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati.

Ketidakefektifan perfusi jaringan yang disebabkan oleh thrombus dan emboli akan menyebabkan iskemia pada jaringan yang tidak dialiri oleh darah, jika hal ini berlanjut terus – menerus maka jaringan tersebut akan mengalami infark. Dan kemudian akan mengganggu sistem persyarafan yang ada ditubuh

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular yang ditandai dengan pasien mengatakan kekuatan kakinya menurun dan merasa lemas, mengeluh sulit menggerakkan kakinya, fisik pasien tampak lemah, rentang gerak (ROM) menurun, kekuatan otot pasien menurun, pasien lebih banyak tidur terlentang, aktivitas dibantu keluarga.

Stroke iskemik merupakan suatu penyakit yang diawali dengan terjadinya serangkaian perubahan dalam otak yang terserang yang apabila tidak ditangani dengan segera berakhir dengan kematian batang otak tersebut. Stroke iskemik terjadi bila suplai darah ke otak terhambat atau terhenti. Walaupun berat otak hanya sekitar 1400 gram, namun menuntut suplai darah yang relatif sangat besar yaitu sekitar 20% dari seluruh curah jantung. Kegagalan dalam memasok darah akan menyebabkan gangguan fungsi bagian otak atau yang terserang atau terjadi kematian sel saraf (nekrosis) dan kejadian inilah yang lazim disebut stroke (Junaidi, 2011).

Menurut Bararah, 2013 stroke iskemik merupakan aliran darah ke otak terhenti karena arterosklerotik atau bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah.

Menurut Widagdo (2008), proses terjadinya hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik adalah sebagai berikut: Stroke non hemoragic disebabkan oleh thrombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vakularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut diarteri otak yang secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus.

3. Nyeri Akut berhubungan dengan Vasospasme arteri serebral/saraf serebral yang ditandai dengan P: pasien mengatakan nyeri, Q: nyeri dirasakan seperti diremas-remas, R: nyeri dibagian kepala belakang, S: skala nyeri 4, T: nyeri hilang timbul, Tekanan darah: 170/90 mmHg, nafsu makan pasien menurun hanya setengah porsi.

Timbulnya nyeri akut pada kepala yang dirasakan pasien *CVA Bleeding* Pecahnya pembuluh darah otak terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak membentuk massa atau hematoma yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema disekitar otak. Hal ini sejalan dengan pernyataan Veigin (2009) efek neurologis yang berhubungan dengan kerusakan otak, seperti kelemahan, mati rasa, dan kesulitan berbicara. Sakit kepala adalah salah satu komplikasi yang dapat terjadi pasca stroke. Sekitar 10-15% penderita *CVA Bleeding* mulai mengalami sakit kepala yang akan muncul tidak lama setelah terserang stroke.

4.3 Perencanaan

Pada tinjauan pustaka dan pada perencanaan tindakan keperawatan pada Ny. SS menggunakan kriteria hasil pada penjapaian tujuan. Dalam intervensinya adalah memandirikan pasien dan keluarga dalam melaksanakan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan menangani masalah (psikomotor) dan perubahan tingkah laku (afektif).

Tujuan tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnose keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan kasus terdapat kesamaan, namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

1. Risiko Perfusi Serebral tidak Efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah sekunder akibat peningkatan tekanan intra cranial. Tujuan yang diharapkan yaitu Keadekuatan aliran darah serebral untuk menunjang fungsi otak meningkat. Dengan perilaku adaptif: Tingkat kesadaran meningkat, tekanan darah membaik. Intervensi keperawatan yang dilakukan antara lain: 1) Periksa sirkulasi perifer, 2) Identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi, 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas, 4) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, 5) Hindari pengukuran tekanan darah di area keterbatasan perfusi, 6) Lakukan perawatan kaki dan kuku, 7) Lakukan hidrasi, 8) Anjurkan berhenti merokok, 9) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu, 10) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan deficit neurologis. Tujuan yang diharapkan yaitu mobilitas fisik pasien meningkat. Dengan perilaku adaptif: pergerakan ekstremitas meningkat, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien antara lain: 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 3) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (missal pagar tempat tidur), 4) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, 5) Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi, 6) Anjurkan melakukan mobilisasi dini, 7) Ajarkan mobilisasi sederhana (missal duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi
3. Nyeri Akut berhubungan dengan Vasospasme arteri serebral/saraf serebral. Tujuan yang bisa didapatkan dari pasien tingkat nyeri menurun. Dengan perilaku adaptif keluhan nyeri menurun, kesulitan tidur menurun, pola tidur membaik. Intervensi keperawatan antara lain yaitu: 1) Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri, 2) Identifikasi respon nyeri non verbal, 3) Berikan teknik non farmakologis kompres hangat, 4) Fasilitasi istirahat tidur, 5) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, 6) Ajarkan teknik nonfarmakologi tarik napas dalam, 7) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

4.4 Implementasi

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan dengan keadaan Ny. SS yang sebenarnya.

1. Risiko Perfusi Serebral tidak Efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah sekunder akibat peningkatan tekanan intra cranial. Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 28 November 2022, 29 November 2022, 30 November 2022. Implementasi yang dilakukan adalah: 1) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas, 2) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, 3) Hindari pengukuran tekanan darah di area keterbatasan perfusi, 4) Lakukan perawatan kaki dan kuku, 5) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu, 6) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan deficit neurologis. Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 28 November 2022, 29 November 2022, 30 November 2022. Implementasi yang dilakukan adalah: 1) mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2)

memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan menaikkan pagar tempat tidur, 4) melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, 5) menjelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi, 6) menganjurkan melakukan mobilisasi dini, 7) mengajarkan mobilisasi sederhana.

3. Nyeri Akut berhubungan dengan Vasospasme arteri serebral/saraf serebral. Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 28 November 2022, 29 November 2022, 30 November 2022. Implementasi yang dilakukan adalah 1) mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri, 2) mengidentifikasi respon nyeri non verbal, 3) memberikan teknik non farmakologis kompres hangat, 4) memfasilitasi istirahat tidur, 5) menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, 7) memberikan analgetik sesuai advis dokter, jika perlu.

4.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

1. Risiko Perfusi Serebral tidak Efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah sekunder akibat peningkatan tekanan intra cranial evaluasi

pada hari ketiga (30/11/2022) didapatkan pasien mengatakan kakinya terasa berat dan lemas sehingga susah menggerakannya, keluarga mengatakan mengerti tentang prosedur dan tujuan mobilisasi, aktivitas pasien tampak dibantu keluarga, baik untuk makan, toileting maupun untuk mengganti posisi tidur, kekuatan otot dan rentang gerak pasien menurun dari 5555 menjadi 3333, gerakan kaki pasien tidak terkoordinasi, keluarga pasien tampak membantu pasien Latihan menggerakkan kakinya yang terasa lemas dan berat.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan deficit neurologis evaluasi pada hari ketiga (30/11/2022) didapatkan pasien mengatakan kakinya dapat digerakkan sedikit-sedikit walaupun masih lemas dan berat.
3. Nyeri Akut berhubungan dengan Vasospasme arteri serebral/saraf serebral evaluasi pada hari ketiga (30/11/2022) didapatkan pasien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 3, nyeri dirasakan hilang timbul pasien tampak mengernyit kesakitan, TD: 170/100mmHg, N: 101 x/menit Suhu: 36,5°C, RR: 20 x/menit, SPO2: 99%

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. SS dengan diagnose medis *CVA Bleeding* di ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1 Kesimpulan

1. Pada saat pengkajian pasien, pasien mengatakan nyeri, nyeri dirasakan berdenyut-denyut, nyeri dibagian kepala belakang, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul, Tekanan darah: 170/90 mmHg, pasien mengeluh sulit menggerakkan kedua kakinya, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, fisik pasien tampak lemah.
2. Pada pasien muncul diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah sekunder akibat peningkatan tekanan intra cranial, nyeri akut berhubungan dengan Vasospasme arteri serebral/saraf serebral, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan deficit neurologis.
3. Perencanaan disesuaikan dengan diagnose keperawatan dengan tujuan Keadekuatan aliran darah serebral untuk menunjang fungsi otak meningkat, tingkat nyeri menurun, mobilitas fisik pasien meningkat. Rencana tindakan keperawatan sudah disesuaikan dengan teori dan kondisi pasien dengan menetapkan penyusunan rencana keperawatan. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis *CVA Bleeding* di ruang 7

RSPAL Dr. Ramelan Surabaya haus melihat kondisi pasien secara keseluruhan dengan target waktu penyelesaiannya juga disesuaikan dengan kemampuan pasien.

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan meliputi mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memberikan teknik non farmakologis kompres hangat, memfasilitasi istirahat tidur, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, memberikan analgetik sesuai advis dokter, mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan menaikkan pagar tempat tidur, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menjelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi dini, mengajarkan mobilisasi sederhana.
5. Hasil evaluasi pada tanggal 30 November 2022 pasien mengalami perbaikan.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebaga petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai sikap, pengetahuan dan ketrampilan yang mendukung sehingga mampu bekerja secara professional.

3. Pendidikan dan pengetahuan perawat perlu ditingkatkan baik formal maupun non formal guna tercapainya proses pelayanan yang professional.

DAFTAR PUSTAKA

- Anokwuru, C.P. 1, Anyasor, G.N.1, Ajibaye O.2, Fakoya O.1, O. P. . (2011). Stroke.11(2), 10–14. <https://doi.org/10.16194/j.cnki.31-1059/g4.2011.07.016>
- American Heart Association. (2015). Hemorrhagic Strokes (Bleeds). http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/typesofStroke/HemorrhagicBleeds/HemorrhagicStrokesBleeds_UCM_310940_Article.jsp
- Ariani, T. A. (2012). Sistem Neurobehaviour. Salemba Medika.
- Kementerian Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembangan. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 1–100. <https://doi.org/10.24645/2018.12.01> Desember 2013.
- Marsh JD. Keyrouz SG. (2010). *CVA Bleeding* Prevention and Treatment. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2009.12.072>.
- Marya, R. K. (2013). Buku Ajar Patofisiologi Mekanisme Terjadinya Penyakit. BINARUPA AKSARA Publisher.
- CVA Bleeding* Forum. (2015). Epidemiology of Stroke. <http://www.strokeforum.com/stroke-background/epidemiology.html>
- Khaerunnisa, N., & Rahmawati. (2019). PENERAPAN SENAM KAKI PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2 DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN KEAMANAN DAN PROTEKSI (INTEGRITAS KULIT/JARINGAN) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MAMAJANG. 09(02), 46–54.
- Tim pokja SDKI DPP PPNI. (2017) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tim pokja SLKI DPP PPNI. (2019) Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tim pokja SIKI DPP PPNI. (2018) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

LAMPIRAN

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

PEMBERIAN INJEKSI IC, SC, IV, IV (BOLUS), IM	
PENGERTIAN	Memberikan atau memasukkan obat kedalam jaringan tubuh dengan menggunakan spuit dan jarum
TUJUAN	Agar penyerapan obat cepat
KEBIJAKAN	Kebijakan Direktur RSUD Solok nomor 706/001/ TU-RS/ tahun 2014 tentang Standar Prosedur Operasional Rumah Sakit Umum Daerah Solok tahun 2014
PROSEDUR	<p>Memberikan obat melalui suntikan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kriteria persiapan<ol style="list-style-type: none">a. spuit disposable 1 cc / spuit insulin (Intra Kutan)b. Spuit disposable 3 cc / 5 cc/ 10 ccc. kapas alcohold. sarung tangane. kikir ampul dan obat ampulf. Obat vial dan Cairan pelarutg. Bak injeksih. Bengkoki. Perlak dan alasnyaj. Korentang <p>Kriteria pelaksanaan</p> <p>I. Pemberian obat melalui intrakutan</p>

PEMBERIAN INJEKSI IC, SC, IV, IV (BOLUS), IM	
	<ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dengan teknik aseptik , mencuci tangan b. Membebaskan daerah yang akan dilakukan suntikan c. Memasang perlak / pengalas pada bawah daerah yang akan dilakukan injeksi intrakutan. d. Memasang sarung tangan. e. Mengambil obat yang akan dilakukan tes alergi. Kemudian larutkan / encerkan dengan Aquadest (cairan pelarut), ambil 0,5 cc dan encerkan lagi sampai 1 cc , lalu siapkan pada bak steril (bak injeksi). f. Desinfeksi daerah yang akan dilakukan suntikan dengan kapas alcohol g. Menegangkan dengan tangan kiri daerah yang akan disuntik / diinjeksi h. Melakukan penusukan dengan lubang jarum menghadap ke atas membentuk sudut 15 – 20 derajat terhadap permukaan kulit. i. Menyemprotkan obat hingga terjadi gelembung j. Menarik spuit dan tidak boleh dilakukan masase k. Mencatat reaksi pemberian l. Membereskan alat –alat. m. Membuka sarung tangan n. Mencuci tangan setelah prosedur dilakukan o. Mendokumentasikan prosedur pemberian obat atau tes alergi dan respon klien. <p>II. Pemberian obat melalui subkutan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dengan teknik aseptik dengan 6 prinsip pemberian obat benar. b. Mencuci tangan

PEMBERIAN INJEKSI IC, SC, IV, IV (BOLUS), IM	
	<ul style="list-style-type: none"> c. Membebaskan daerah yang akan dilakukan suntikan. Bebaskan daerah suntikan bila klien menggunakan pakaian berlengan d. Memasang sarung tangan e. Mengambil obat dalam tempatnya sesuai dengan dosis yang akan diberikan. kemudian tempatkan pada bak injeksi f. Desinfeksi dengan kapas alcohol g. Menegangkan dengan tangan kiri daerah yang akan dilakukan suntikan subcutan h. Melakukan penusukan dengan lubang jarum menghadap keatas membentuk sudut 45 derajat terhadap permukaan kulit i. Melakukan aspirasi, nbila tidak ada darah semprotkan obat perlahan hingga habis j. Menarik spuit dan tahan dengan kapas alcohol, spuit bekas suntikkan dimasukkan ke dalam bengkok k. Mencuci tangan setelah prosedur dilakukan l. Mencatat prosedur pemberian obat dan respon klien <p>III Pemberian obat melalui intra vena</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dengan teknik aseptik, membaca etiket obat dan dosis obat sesuai 6 prinsip pemberian obat benar. b. Mencuci tangan c. Membebaskan daerah yang akan dilakukan suntikan dengan cara membebaskan daerah yang akan dilakukan penyuntikan dengan menyingsingkan lengan

PEMBERIAN INJEKSI IC, SC, IV, IV (BOLUS), IM	
	<p>d. Mengambil obat dalam tempatnya dengan spuit sesuai dengan takaran / dosis yang akan diberikan. Bila obat dalam sediaan bubuk maka larutkan dengan cairan pelarut (aquades steril). Tempatkan obat yang telah diambil pada bak injeksi</p> <p>e. Memasang perlak / pengalas di bawah vena yang akan dilakukan penyuntikan</p> <p>f. Melakukan pengikatan dengan karet pembendung pada bagian atas daerah yang akan dilakukan pemberian obat atau minta bantuan untuk membendung vena diatas area yang akan dilakukan penyuntikan</p> <p>g. Memasang sarung tangan</p> <p>h. Desinfeksi dengan kapas alcohol</p> <p>i. Melakukan penusukkan dengan lubang jarum menghadap keatas dengan memasukkan ke pembuluh darah</p> <p>j. Melakukan aspirasi bila sudah ada darah</p> <p>k. Melepaskan karet membendung dan langsung menyemprotkan obat hingga habis</p> <p>l. Setelah selesai ambil spuit dengan menarik dan lakukan penekanan pada daerah dengan kapas alcohol. Masukkan spuit yang telah digunakan ke dalam bengkok</p> <p>m. Mencuci tangan setelah prosedur dilakukan</p> <p>n. Mencatat prosedur dan reaksi pemberian obat</p> <p>IV. Pemberian obat melalui intra vena (bolus)</p>

PEMBERIAN INJEKSI IC, SC, IV, IV (BOLUS), IM	
	<ol style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dengan teknik aseptik, membaca etiket obat dan dosis obat sesuai 6 prinsip pemberian obat benar. b. Mencuci tangan c. Memasang sarung tangan. d. Mengambil obat dalam tempatnya dengan spuit sesuai dengan takaran / dosis yang akan diberikan. Bila obat dalam sediaan bubuk makan larutkan dengan cairan pelarut (aquades steril) .Tempatkan obat yang telah diambil pada bak injeksi e. Observasi tempat pemasangan infuse terhadap plebitis jika tidak ada plebitis dan jalan infuse masih lancar f. Memasang perlak / pengalas di bawah vena yang akan dilakukan penyuntikan (pada daerah pemasangan infuse) g. Turunkan drak infuse sehingga tetesan infuse terhenti. h. Desinfeksi daerah infuse yang akan diinjeksi i. Melakukan penusukkan dengan lubang jarum menghadap keatas pada tempat injeksi pada infuse set. j. Menyemprotkan obat hingga habis dengan pelan-pelan k. Setelah obat habis, tarik spuit dan desinfeksi daerah tempat injeksi pada infuse set dengan kapas alcohol. Masukkan spuit yang telah digunakan ke dalam bengkok l. Mencuci tangan setelah prosedur dilakukan m. <i>Mencatat</i> prosedur dan reaksi pemberian obat

PEMBERIAN INJEKSI
IC, SC, IV, IV (BOLUS), IM

IM Pemberian Obat Intra Muskular

- a. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b. Cuci tangan, pasang sarung tangan.
- c. Ambil obat dan masukan ke dalam spuit sesuai dengan dosis, kemudian letakkan dalam bak injeksi
- d. Periksa tempat yang akan dilakukan penyuntikan
(lokasi paha (vaskus lateralis) , ventrogluteal
(pasien harus berbaring miring , dorsogluteal
(pasien harus telungkup, lengan atas (deltoid).
- e. Desinfektan dengan kapas alcohol
- f. Lakukan penyuntikan :
 - Pada daerah paha (vastus lateralis) dengan cara meminta klien untuk berbaring telentang dengan lutut sedikit fleksi
 - Pada ventrogluteal dengan cara meminta klien miring , telungkup atau telentang dengan lutut dan panggul pada sisi yang akan disuntik dalam keadaan fleksi
 - Pada dorsogluteal dengan meminta klien untuk telungkup dengan lutut diputar ke arah dalam atau miring dengan lutut bagian atas dan pinggul fleksi dan diletakkan di depan tungkai bawah
- g. Pada deltoid (lengan atas) dengan meminta klien untuk duduk atau berbaring mendatar dengan lengan atas fleksi
- h. Lakukan penusukan dengan jarum posisi tegak lurus

PEMBERIAN INJEKSI IC, SC, IV, IV (BOLUS), IM	
	<ol style="list-style-type: none">i. Setelah jarum masuk, lakukan aspirasi spuit bila tidak ada darah semprotkan obat secara perlahan hingga habis.j. Setelah selesai ambil spuit dengan menarik spuit dan tekan daerah penyuntikan dengan kapas alcohol , kemudian spuit yang telah digunakan diletakkan di bengkokk. Cuci tangan setelah prosedur dilakukanl. Catat prosedur dan reaksi pemberian.

CURRICULUM VITAE

MOTTO DAN PERSEMBAHAN