

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN Nys DENGAN DIAGNOSIS MEDIS**  
**CEREBROVASCULAR ACCIDENT (CVA) INFARK**  
**DI RUANG RAWAT INAP MELATI**  
**RS BHAYANGKARA**  
**TULUNGAGUNG**



Oleh :  
**LISTIAWAN HENDRO WINARNO**  
NIM. 2222020

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**  
**STIKES HANG TUAH SURABAYA**  
**TA 2023/2024**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN Ny.S DENGAN DIAGNOSIS MEDIS**  
**CEREBROVASCULAR ACCIDENT (CVA) INFARK**  
**DI RUANG RAWAT INAP MELATI**  
**RS BHAYANGKARA**  
**TULUNGAGUNG**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat**  
**Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :  
**LISTIAWAN HENDRO WINARNO**  
NIM. 2222020

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
STIKES HANG TUAH SURABAYA  
TA 2023/2024  
SURAT PERNYATAAN**

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

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

Surabaya, 06 Desember 2023



**LISTIAWAN HENDRO WINARNO**  
**NIM. 2222020**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Listiawan Hendro Winarno

NIM : 2222020

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis  
*Cerebrovascular Accident (CVA)* Infark di Ruang Rawat  
Inap Melati RS Bhayangkara Tulungagung

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)**

Surabaya, 2 Februari 2024

**Pembimbing**



**Ceria Nurhayati, S.Kep.,Ns, M.Kep**

**NIP. 03049**

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 02 Februari 2024

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari:

Nama : Listiawan Hendro Winarno

NIM : 2222020

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis  
*Cerebrovascular Accident (CVA)* Infark di Ruang Rawat  
Inap Melati RS Bhayangkara Tulungagung

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

Hari, tanggal : Jumat, 02 Februari 2024

Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

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

Penguji Ketua : Ninik Ambar Sari, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Penguji I : Lela Nurlela, S.Kp.,M.Kes

Penguji II : Ceria Nurhayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep

**Mengetahui.**

**Stikes Hang Tuah Surabaya**

**Ka Prodi D-III Keperawatan**

**Dr. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.kes**

**NIP. 03007**

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 02 Desember 2023

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmat dan karunia Nya sehingga dapat terselesaikannya Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis *Cerebrovascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Rawat Inap Melati RS Bhayangkara Tulungagung”. Penulis mengucapkan terimakasih pada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Sujoko Purnomo, Sp.B, selaku Kepala RSPAL dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan penulis ijin berserta lahan praktik dalam penyusunan karya tulis dan selama kami berada di RSPAL dr. Ramelan Surabaya
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes., FISQua, selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
3. Dr. Dya Sustrami, S.kep., Ns., M.Kes, selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan yang selalu memberikan motivasi dan dukungan penuh dengan upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Ninik Ambar Sari, S,Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji ketua yang dengan telah memberikan banyak masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Lela Nurlela S.Kp.,M.Kes, selaku penguji pertama telah memberikan bimbingan arahan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Ceria Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku penguji keduana serta pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan banyak motivasi, masukan dan semangat dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan

makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan

8. Ibu Yuanita Purnamasari, S.Kep.,Ns, selaku Kepala Ruang Rawat Inap Melati RS Bhayangkara Tulungagung yang telah memberikan saya izin berpraktik dan memberikan motivasi serta masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
9. AKBP. Drg. Dwi Miyarsi, MARS., selaku karumkit RS Bhayangkara Tulungagung yang telah memberikan ijin untuk penulis melaksanakan penelitian di RS Bhayangkara Tulungagung
10. Seluruh Staf Ruang Rawat Inap Melati RS Bhayangkara Tulungagung yang telah memberikan semangat, motivasi, dan arahan dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.
11. Istri, Anak, dan Keluarga saya yang selalu memberikan dukungan dan cinta kepada penulis, sehingga Karya Ilmiah Akhir dapat terselesaikan dengan tepat waktu.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini memiliki kekurangan, oleh karena itu penulis berharap kritik dan saran yang membangun dari seluruh pihak untuk evaluasi dan perbaikan. Penulis berharap penelitian ini dapat memberikan manfaat baik bagi penulis, pembaca, dan penerapannya khususnya di bidang keperawatan.

Surabaya, 02 Desember 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	i
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	iv
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	vii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	ix
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	x
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xi
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Rumusan masalah.....	3
1.3 Tujuan penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan umum .....	3
1.3.2 Tujuan khusus .....	4
1.4 Manfaat penelitian.....	4
1.4.1 Secara akademis.....	5
1.4.2 Secara praktis .....	5
1.5 Metode penelitian.....	6
1.5.1 Metode .....	6
1.5.2 Teknik pengumpulan data.....	6
1.5.3 Sumber data .....	7
1.5.4 Studi kepustakaan .....	7
1.6 Sistematika penulisan.....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	8
2.1 Anatomi dan fisiologi.....	8
2.2 Definisi CVA Infark.....	14
2.3 Klasifikasi .....	15
2.4 Manifestasi klinis .....	19

2.5 Patofisiologi .....	20
2.6 Penatalaksanaan .....	21
2.7 Faktor resiko.....	25
2.8 Pemeriksaan penunjang.....	27
2.9 Pathway .....	30
2.10 Konsep asuhan keperawatan.....	31
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>49</b>
3.1 Pengakjian.....	49
11.1.1 Identitas pasien.....	49
11.1.2 Riwayat sehat dan sakit.....	49
11.1.3 Pengakajian pola gordon.....	52
11.1.4 Pemeriksaan fisik Head to Toe .....	59
11.1.5 Pemberian terapi.....	61
11.1.6 Pemeriksaan penunjang.....	63
3.2 Diagnosa.....	65
3.3 Intervensi.....	68
3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .....	72
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>83</b>
4.1 Pengkajian .....	83
4.2 Diagnosa.....	85
4.3 Intervensi.....	86
4.4 Impelementasi .....	88
4.5 Evaluasi .....	89
<b>BAB 5 KESIMPULAN.....</b>	<b>91</b>
5.1 Kesimpulan .....	91
5.2 Saran .....	93
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>94</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>97</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Konsep Intervensi Keperawatan .....	42
Tabel 3.1 Pemeriksaan Darah Lengkap.....	53
Tabel 3.2 Clinical Sign.....	53
Tabel 3.3 Pola Aktivitas Dan Latihan .....	55
Tabel 3.4 Kekuatan Otot Dan Sendi .....	55
Tabel 3.5 Terapi Pasien.....	61
Tabel 3.6 Analisa Data .....	65
Tabel 3.7 Prioritas Masalah.....	67
Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan.....	68
Tabel 3.9 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan .....	72

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Struktur otak .....	8
Gambar 2.2 GCS .....	35
Gambar 3.1 Foto thorax .....	63
Gambar 3.2 Ct Scan Kepala .....	63
Gambar 3.3 EKG.....	64

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Standart Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Progresif .....	97
Lampiran 2 Standart Operasional Prosedur Range Of Motion .....	101

## DAFTAR SINGKATAN

CVA	=	Cerebrovascular Accident
WHO	=	World Health Organization
WSO	=	World Stroke Organization
JKN	=	Jaminan Kesehatan Nasional
BPJS	=	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
TIA	=	Transient Ischemic Attack
RIND	=	Reversible Ischemic Neurological
LACS	=	Lucunar Syndrome
POCS	=	Posterior Circulation Syndrome
GIT	=	Kelainan Gastrointestinal
MRI	=	Magnetic Resonance Imaging
MRA	=	Magnetic Resonance Angiography
EKG	=	Elektrokardiografi
EEG	=	Electroencephalography
GCS	=	Glascow Coma Scale
RR	=	Respiratory Rate
CRT	=	Capillary Refill Time
LAB	=	Laboratorium
CT	=	Computed Tomography
BB	=	Berat Badan
TB	=	Tinggi Badan
IMT	=	Indeks Massa Tubuh
BBI	=	Berat Badan Ideal
RS	=	Rumah Sakit
BAK	=	Buang Air Kecil
BAB	=	Buang Air Besar
IV	=	Intravena
PO	=	Per Oral
TD	=	Tekanan Darah
N	=	Nadi
T	=	Suhu
SPO <sub>2</sub>	=	Saturasi Oksigen
S	=	Subjektif
O	=	Objektif
A	=	Assesment
P	=	Planning
SOP	=	Standart Operasional Prosedur
ROM	=	Range Of Motion
NRS	=	Numerik Rate Scale

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Cerebrovascular Accident* (CVA) Infark atau yang lebih dikenal oleh masyarakat umum dengan istilah stroke adalah suatu penyakit yang disebabkan karena kekurangan pasokan darah ke otak (Ferdayanti, I.M, 2022). Pengertian menurut WHO, Stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan indikasi klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik secara lokal dan global yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih hingga menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vascular (P2PTM Kemenkes RI) (2018).

Stroke merupakan penyebab disabilitas nomor satu dan penyebab kematian nomor dua di dunia setelah penyakit jantung seperti yang diungkapkan oleh *disability-adjusted life-years lost – DALYs*. Negara berkembang seperti Amerika menyebutkan beban dalam jumlah kasus absolut dari tahun 1990 hingga 2021 meningkat secara substansial yaitu peningkatan 70,0% dalam insiden stroke dan 43,0% kematian akibat stroke (WSO, 2022). Pada Negara Indonesia prevalensi stroke meningkat dari 7 per 1000 penduduk pada tahun 2013, menjadi 10,9 per 1000 penduduk pada tahun 2018. Selain itu dilihat dari sisi pembiayaan terbesar ketiga setelah penyakit jantung dan kanker, yaitu 3,23 triliun rupiah pada tahun 2022. Jumlah ini meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2021 yaitu sebesar 1,91 Triliun. Namun, walaupun stroke menjadi penyebab disabilitas pertama dan penyebab kematian kedua di dunia, sekitar 90% kasus stoke sebenarnya dapat dicegah

dengan mengendalikan faktor resiko seperti hipertensi, merokok, diet tidak seimbang, kurang aktivitas fisik, diabetes dan fibrilasi atrium. Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018 prevalensi hipertensi sebesar 8,4% pada penduduk usia 18 tahun, prevalensi diabetes sebesar 10,9 % pada penduduk usia 15 tahun, dan 95,5% kurang konsumsi buah dan sayur pada penduduk usia 5 tahun. (Kemenkes RI, 2023). Sedangkan, berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 1 Desember 2023 pukul 10.00 di Ruang Rawat Inap Melati RS Bhayangkara Tulungagung pada bulan September – November 2023 didapatkan dari data medik record pasien yang mengalami stroke yaitu sejumlah 98 orang dari 430 orang. Hal ini menunjukkan bahwa pengendalian faktor resiko stroke masih menjadi tantangan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan stroke di Indonesia (Kemenkes RI, 2023).

CVA Infark sering terjadi karena benda asing yang berada pada pembuluh darah seperti udara, lemak, atau bakteri sehingga menimbulkan penyumbatan pada pembuluh darah ke otak, sehingga jika terjadi penyumbatan di otak akan muncul masalah keperawatan salah satunya penurunan kapasitas adaptif intrakranial. Hal tersebut terjadi karena adanya penyumbatan aliran darah otak di daerah coronaradiata dengan adanya gejala penurunan kesadaran, reflek neurologis yang terganggu. Masalah keperawatan lain yang terjadi yaitu gangguan mobilitas fisik, ini terjadi karena kekurangan suplai oksigen yang menuju otak yang berakibat kelemahan neuromuskular ekstremitas. Gangguan komunikasi verbal, ini terjadi karena adanya penurunan sirkulasi serebral sehingga bagian-bagian otak tidak mendapatkan suplai oksigen dengan cukup sehingga nervus atau reflek neurologis yang mensyarafi sistem komunikasi

terganggu biasanya disertai dengan gejala afasia atau tidak jelas dalam berbicara, saat ditanya menunjukkan respon yang tidak sesuai (Nuzulah, V. 2019).

Upaya pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan menjalankan perilaku hidup sehat sejak dini, mengendalikan faktor-faktor resiko secara optimal dengan menerapkan diet rendah garam dan diet rendah lemak. Peran perawat dalam hal ini dapat memberikan penyuluhan tentang bahaya CVA dan membentuk strategi penanggulangan CVA dimasyarakat yang mencakup sistem pengobatan dan pemulihan. Pada pasien yang dirawat dengan CVA, perawat memberikan terapi relaksasi progresif untuk menurunkan stimulus nyeri, terapi ROM untuk membantu pasien dalam melakukan mobilisasi diatas tempat tidur dan mencegah dekubitus, serta membantu pasien dalam kebersihan diri seperti oral hygiene. Tindakan rehabilitasi pada pasien antara lain menganjurkan berkolaborasi dengan fisioterapi untuk memberikan terapi wicara dan terapi berjalan (Anggraheni, 2020).

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, rumusan masalahnya adalah Bagimanakah Asuhan keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis *Cerebrovascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Melati RS Bhayangkara Tulungagung?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dilakukannya penelitian ini adalah untuk mengetahui Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis *Cerebrovascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Melati RS Bhayangkara Tulungagung

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus yang ingin di capai adalah :

1. Melakukan pengkajian Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis *Cerebrovascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Melati RS Bhayangkara Tulungagung.
2. Merumuskan diagnosa Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis *Cerebrovascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Melati RS Bhayangkara Tulungagung.
3. Merencanakan Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis *Cerebrovascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Melati RS Bhayangkara Tulungagung.
4. Melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis *Cerebrovascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Melati RS Bhayangkara Tulungagung.
5. Mengevaluasi Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis *Cerebrovascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Melati RS Bhayangkara Tulungagung.

6. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis *Cerebrovascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Melati RS Bhayangkara Tulungagung.

#### **1.4 Manfaat Penulisan**

Manfaat penulisan penelitian ini diharapkan dapat memberikan dampak positif kepada berbagai pihak terkait seperti :

##### **1.4.1 Secara Akademis**

Secara akademis penelitian ini dapat menjadi tambahan ilmu dan referensi khususnya terkait Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis *Cerebrovascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Melati RS Bhayangkara Tulungagung.

##### **1.4.2 Secara Praktis**

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan contoh model Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis *Cerebrovascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Melati RS Bhayangkara Tulungagung.

2. Bagi profesi kesehatan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan wawasan pendidikan mengenai Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis *Cerebrovascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Melati RS Bhayangkara Tulungagung.

3. Bagi peneliti

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan dan bekal ilmu Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis *Cerebrovascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Melati RS Bhayangkara Tulungagung.

4. Bagi penderita

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait manfaat Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis *Cerebrovascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Melati RS Bhayangkara Tulungagung.

## **1.5 Metode Penelitian**

### **1.5.1 Metode**

Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah metode penelitian studi kasus, dimana metode ini berpusat pada sebuah kasus tertentu yang diolah dan diuraikan berdasarkan fakta dan fenomena *real* di lingkungan RS.

### **1.5.2 Teknik Pengumpulan Data**

1. Wawancara

Hasil data penelitian dikutip melalui wawancara langsung dengan pasien, keluarga, dan tim medis terkait.

2. Observasi

Hasil data penelitian diperoleh melalui pengamatan kondisi pasien secara langsung

### 3. Pemeriksaan

Hasil data penelitian diperoleh dari pemeriksaan fisik dan penunjanglainnya untuk menegakkan diagnosa dan implementasi penatalaksanaan asuhan keperawatan lanjutan.

#### **1.5.3 Sumber Data**

##### 1. Data Primer

Data primer penelitian ini didapatkan dari wawancara dan observasi langsung dengan pasien.

##### 2. Data Sekunder

Data sekunder penelitian ini didapatkan dari keluarga, rekam medis, dan pemeriksaan penunjang lain.

#### **1.5.4 Studi Kepustakaan**

Studi kepustakaan dari penelitian ini adalah jurnal, artikel, dan buku yang sesuai dan berkaitan dengan penelitian yang dibahas dalam judul ini.

#### **1.6 Sistematika Penulisan**

Adapun sistematika penulisan pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagian awal, berisi halaman judul, pernyataan, persetujuan, kata pengantar, dan daftar isi.
2. Bagian inti, berisi BAB 1 Pendahuluan, BAB 2 Tinjauan Pustaka, BAB 3 Tinjauan Kasus, BAB 4 Pembahasan, dan BAB 5 Penutup.
3. Bagian akhir, berisi serangkaian daftar pustaka dan lampiran.

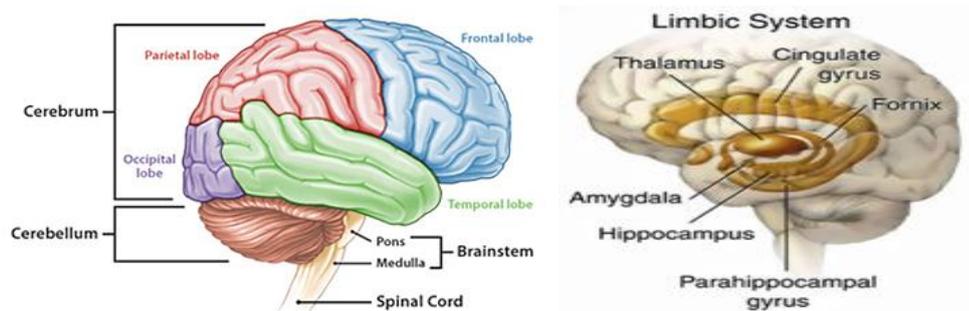
## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep teori dan konsep asuhan keperawatan CVA Infark. Adapun yang akan diuraikan pada halaman ini meliputi anatomi fisiologi, definisi, klasifikasi, manifestasi klinis, patofisiologi, faktor resiko, penatalaksanaan, pemeriksaan penunjang, pathway, dan konsep asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

#### 2.1 Anatomi dan Fisiologi

##### 1. Sistem Saraf Pusat



**Gambar 2.1** Stuktur Otak (Bolon,2020)

Sebagian besar otak terdiri dari neuron, glia, dan berbagai sel pendukung. Otak manusia mempunyai berat 2% dari berat badan orang dewasa (3 pon), menerima 20% curah jantung, memerlukan 20% pemakaian oksigen tubuh, dan sekitar 400 kilokalori energi setiap harinya. Otak merupakan jaringan yang paling banyak memakai energi dalam seluruh tubuh manusia dan terutama berasal dari proses metabolisme oksidasi glukosa (Price & Wilson, 2006).

Otak dibagi menjadi empat bagian, yaitu cerebrum, cerebellum, *brainstem* (batang otak), dan *limbic system* (sistem limbik).

a. Cerebrum

Cerebrum adalah bagian terbesar dari otak manusia yang juga disebut dengan nama cerebral cortex, forebrain, atau otak depan. Cerebrum membuat manusia memiliki kemampuan berpikir, analisa, logika, bahasa, kesadaran, perencanaan, memori dan kemampuan visual.

Cerebrum secara terbagi menjadi 4 (empat) bagian yang disebut lobus yaitu lobus frontal, lobus parietal, lobus occipital dan lobus temporal.

- 1) Lobus frontal merupakan bagian lobus yang terletak pada bagian depan cerebrum. Lobus ini berhubungan dengan kemampuan membuat alasan, kemampuan gerak, kognisi, perencanaan, penyelesaian masalah, memberi penilaian, kreativitas, kontrol perasaan, kontrol perilaku seksual dan kemampuan bahasa secara umum.
- 2) Lobus parietal berhubungan dengan proses sensor perasaan seperti tekanan, sentuhan dan rasa sakit.
- 3) Lobus temporal berhubungan dengan kemampuan pendengaran, pemaknaan informasi dan bahasa dalam bentuk suara.
- 4) Lobus occipital ada di bagian paling belakang, berhubungan dengan rangsangan visual yang memungkinkan manusia mampu melakukan interpretasi terhadap objek yang ditangkap oleh retina mata (Muttaqin, 2008).

b. Cerebellum

Cerebellum atau otak kecil adalah bagian dari sistem saraf pusat yang terletak di bagian belakang tengkorak (fossa posterior cranial). Semua aktivitas pada bagian ini di bawah kesadaran (*involuntary*). Fungsi utama

cerebelum yaitu mengkoordinasi dan memperhalus gerakan otot serta mengubah tonus dan kekuatan kontraksi untuk mempertahankan keseimbangan dan sikap tubuh. Apabila terjadi cedera pada cerebelum, dapat mengakibatkan gangguan pada sikap dan koordinasi gerak otot sehingga gerakan menjadi tidak terkoordinasi (Price dalam Muttaqin, 2008).

c. *Brainstem*

Batang otak (*brainstem*) berada di dalam tulang tengkorak atau rongga kepala bagian dasar dan memanjang sampai ke tulang punggung atau sumsum tulang belakang. Bagian otak ini mengatur fungsi dasar manusia termasuk pernapasan, denyut jantung, mengatur suhu tubuh, mengatur proses pencernaan, dan merupakan sumber insting dasar manusia yaitu *fight or flight* (lawan atau lari) saat datangnya bahaya (Puspitawati, 2009).

Batang otak terdiri dari tiga bagian, yaitu:

- 1) Mesencephalon atau otak tengah (mid brain) adalah bagian teratas dari batang otak yang menghubungkan cerebrum dan cerebelum. Mesencephalon berfungsi untuk mengontrol respon penglihatan, gerakan mata, pembesaran pupil mata, mengatur gerakan tubuh, dan fungsi pendengaran.
- 2) Medulla oblongata adalah titik awal saraf tulang belakang dari sebelah kiri badan menuju bagian kanan badan, begitu juga sebaliknya. Medulla oblongata mengontrol fungsi involunter otak (fungsi otak secara tidak sadar) seperti detak jantung, sirkulasi darah, pernafasan, dan pencernaan.

3) Pons disebut juga sebagai jembatan atau bridge merupakan serabut yang menghubungkan kedua hemisfer serebelum serta menghubungkan midbrain disebelah atas dengan medula oblongata. Bagian bawah pons berperan dalam pengaturan pernapasan. Nukleus saraf kranial V (trigeminus), VI (abduksen), dan VII (fasialis) terdapat pada bagian ini.

d. *Limbic system* (sistem limbik)

Sistem limbik merupakan suatu pengelompokan fungsional yang mencakup komponen serebrum, diensefalon, dan mesensefalon. Secara fungsional sistem limbik berkaitan dengan hal-hal sebagai berikut.

- 1) Suatu pendirian atau respons emosional yang mengarahkan pada tingkah laku individu
- 2) Suatu respon sadar terhadap lingkungan
- 3) Memberdayakan fungsi intelektual dari korteks serebri secara tidak sadar dan memfungsikan batang otak secara otomatis untuk merespon keadaan
- 4) Memfasilitasi penyimpanan suatu memori dan menggali kembali simpanan memori yang diperlukan
- 5) Merespon suatu pengalaman dan ekspresi suasana hati, terutama reaksi takut, marah, dan emosi yang berhubungan dengan perilaku seksual (Muttaqin, 2008).

e. Meninges

Otak merupakan bagian tubuh yang sangat penting yang dilindungi oleh tulang tengkorak yang keras, jaringan pelindung, dan cairan otak. Dua

macam jaringan pelindung utama yaitu meninges dan sistem ventrikular.

Meninges terdiri dari tiga lapisan yaitu :

1) Durameter

Durameter merupakan lapisan paling luar yang tebal, keras, dan fleksibel tetapi tidak dapat diregangkan (*unstrechable*).

2) Arachnoid membran

Arachnoid membran merupakan lapisan bagian tengah yang bentuknya seperti jaringan laba-laba. Sifat lapisan ini lembut, berongga-rongga, dan terletak dibawah lapisan durameter.

3) Piameter

Piameter merupakan lapisan pelindung yang terletak pada lapisan paling bawah (paling dekat dengan otak, sumsum tulang belakang, dan melindungi jaringan-jaringan saraf lain). Lapisan ini mengandung pembuluh darah yang mengalir di otak dan sumsum tulang belakang. Antara piameter dan membran arachnoid terdapat bagian yang disebut dengan subarachnoid space (ruang sub-arachnoid) yang dipenuhi oleh cairan serebrospinal (CSS) (Puspitawati, 2009).

## **2. Anatomi dan Fisiologi Peredaran Darah pada Otak**

Darah mengangkut zat-zat pada tubuh yang diperluka untuk kehidupan jaringan dengan baik. Kebutuhan darah pada otak merupakan kebutuhan yang vital, sehingga peredaran darah harus konstan dan dipertahankan.

a. Peredaran Arteri

Suplai arteri yang utama pada otak terdapat 2 arteri karotis utama termasuk pada percabangannya disebut dengan sirkulasi anterior dan dua arteri vertebral tergabung membentuk arteri basilaris yang disebut dengan sirkulasi posterior (Contrell J.E,dkk . 2010). Arteri basilaris naik menuju ventral dari pons dan berakhir pada pontomesencephalic junction. Arteri basilaris menyuplai arteri cerebral inferior anterior (serebral superior dan serebral posterior).

b. Peredaran Vena

Sitem vena serebral terdiri dari :

- 1) Vena serebral superfisial, mengalir dari permukaan dan korteks serebral hemisphere
- 2) Vena serebral dalam, mengalir dari basal ganglia, white matter, serebelum, dan batang otak.

Sistem vena ini mengandung sebagian besar cerebral blood volume sehingga apabila terdapat perubahan kecil dengan diameter vena maka akan ada kemungkinan menimbulkan efek yang signifikan pada volume darah intracranial.

Otak hanya dapat bertahan pada waktu yang sangat singkat apabila terjadi kekurangan suplai darah (iskemia). Hal tersebut karena neuron penghasil energy yang sebagian besar oleh metabolisme oksidatif dari substrat termasuk pada glukosa dan keton bodies pada kapasitas yang sangat terbatas untuk metabolisme anaerob. Tidak adanya oksigen

maka proses bergantung dengan energy berhenti yang akan mengakibatkan cedera. seluler ireversibel apabila aliran darah tidak kembali mengalir dengan cepat (sebagian besar keadaan pada 3-8 menit). Aliran darah pada otak yang cukup harus tetap dijaga untuk memastikan distribusi oksigen dan substrat tetap konstan, dan pengeluaran produk sisa dari hasil metabolisme juga tetap konstan.

## **2.2 Definisi CVA Infark**

CVA Infark atau Stroke Infark adalah kondisi dimana aliran darah di otak terhambat, sehingga menyebabkan kerusakan jaringan otak. Kerusakan ini terjadi akibat jaringan otak tidak mendapatkan cukup oksigen yang disebabkan oleh adanya hambatan di pembuluh darah arteri di otak. Tanpa oksigen yang memadai sel dan jaringan otak akan mengalami kerusakan dan mati (Smeltzer and Bare, 2002).

Stroke infark adalah cedera vascular akut pada otak yang diakibatkan karena adanya pembekuan darah, pembuluh darah yang menyempit, sumbatan dan penyempitan pembuluh darah, atau karena pembuluh darah yang pecah. Keadaan tersebut mengakibatkan pasokan darah akan berkurang dengan menimbulkan gejala yang tergantung pada tempat dan ukuran kerusakan (Feigin, 2006). Menurut WHO, stroke infark merupakan adanya tanda-tanda klinik yang berkembang dengan cepat yang disebabkan oleh gangguan fungsi otak fokal (atau global) dengan diikuti gejala-gejala yang dapat berlangsung selama 24 jam atau lebih yang dapat mengakibatkan kematian dengan tidak adanya sebab lain yang jelas selain vaskuler (Susilo, 2000).

Stroke infark adalah serangan pada otak yang muncul secara mendadak karena adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah pada otak sehingga mengabaikan sel-sel tertentu pada otak kekurangan darah, oksigen, atau zat makanan yang mana dapat menimbulkan kematian sel-sel tersebut dalam waktu yang relative sangat singkat (Raine, 2006). Jadi stroke infark merupakan gangguan fungsi saraf karena adanya gangguan aliran darah pada otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala yang timbul sesuai dengan daerah yang terganggu.

## **2.3 Klasifikasi**

### **1. Berdasarkan penyebab**

#### **a. Stroke Iskemik**

Stroke iskemik merupakan stroke yang disebabkan karena sumbatan pembekuan darah, arteri yang menyempit, atau embolus (kotoran) yang terlepas dari jantung atau arteri ekstrakranial (arteri luar tengkorak). Pada lansia atau seseorang dengan usia lanjut penyumbatan atau penyempitan dapat diakibatkan karena aterosklerosis (arteri yang mengeras). Emboli cenderung pada orang yang mempunyai penyakit jantung, biasanya bekuan darah terbentuk karena denyut jantung yang tidak teratur (contoh fibrilasi atrium), kelainan pada katup jantung, infeksi pada jantung. Sebagian stroke iskemik terjadi pada hemisfer otak dan sebagian terjadi pada serebelum (otak kecil) dan batang otak. Stroke iskemik pada hemisfer dapat bersifat asimtomatik atau tidak bergejala atau hanya timbul

kelemahan ringat atau masalah daya ingat. Stroke ringan seperti itu dapat berulang dan menimbulkan cacar beran, penurunan kognitif, dan demensia (Irfan, 2012).

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan karena pendarahan atau pecahnya pembuluh darah ke dalam jaringan otak atau ke dalam ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak. Keadaan tersebut mengakibatkan ruang jaringan sel-sel pada otak tertutup sehingga menimbulkan kerusakan fungsi kontrol otak dan kerusakan jaringan sel otak, dan stroke ini dapat mengakibatkan akibat fatal yaitu kematian. Stroke hemoragik umumnya terjadi pada lansia karena adanya sumbatan pada dinding pembuluh darah yang telah rapuh (aneurisma), pembuluh darah yang rapuh disebabkan karena faktor usia atau keturunan, atau pada keadaan yang sering terjadi karena tertimbun plak atau arteriosclerosis dan akan diperparah apabila disertai dengan darah tinggi.

Jenis Stroke Hemoragik (Feigin,2007) :

- 1) Hemoragi ekstradural (hemoragi epidural), kedaruratan pada bedah neuro yang membutuhkan perawatan segera. Biasanya stroke ini diikuti dengan fraktur pada tengkorak dengan robekan arteri tengah atau arteri meninges lainnya. Pasien harus dapat diatasi setelah beberapa jam mengalami cedera untuk dapat bertahan

- 2) Hemoragi subdural (subdural akut), hematoma subdural yang robek pada bagian vena sehingga pembentukan hematoma akan lebih lama dan mengakibatkan tekanan pada otak.
- 3) Hemoragi subaraknoid (hemoragi pada ruang subaraknoid), terjadi karena trauma atau hipertensi Hemoragi subaraknoid (hemoragi pada ruang subaraknoid), terjadi karena trauma atau hipertensi.
- 4) Hemoragi intraserebral, hemoragi pada substansi dalam otak, keadaan umum terjadi pada pasien dengan hipertensi dan aterosklerosis serebral karena adanya perubahan degenerative dan pada hemoragi intraserebral ini dapat mengakibatkan ruptur pembuluh darah.

## **2. Berdasarkan defisit neurologis**

### **a. Transient Ischemic Attack (TIA)**

Gangguan pada fungsi lokal serebral dengan gejala yang berlangsung kurang dari 24 jam atau serangan sementara yang disebabkan oleh thrombus atau emboli. Terjadinya TIA dapat menjadi peringatan bahwa serangan stroke selanjutnya dapat muncul sehingga tidak dapat diabaikan begitu saja (Irfan, 2012). Biasanya pada 1-2 jam TIA dapat ditangani namun pada sampai 3 jam belum dapat teratasi maka sekitar 50% pasien telah terkena infark (Grofir, 2009; Brust, 2007; Junaidi, 2011).

b. Reversible Ischemic Neurological Deficit (RIND)

Keadaan RIND hampir sama dengan TIA namun berlangsung lebih lama sekitar 1-2 hari. RIND tidak menimbulkan atau meninggalkan gejala sisa.

c. Complete Stroke

Keadaan yang telah menetap, tidak dapat berkembang lagi dan tergantung pada area otak yang mengalami infark.

d. Stroke in Evolution (Progressive Stroke)

Tanda atau gejala neurologis fokal terus berkembang dan semakin berat dan meemburuk setelah 48 jam. Berlangsung bertahap dari ringan hingga berat pada defisit neurologis yang muncul.

**3. Berdasarkan keadaan klinis**

a. Lacunar Syndrome (LACS)

Penyumbatan tunggal pada lubang arteri yang mengakibatkan terbatasnya area aliran karena infark yang disebut lacune. Sebagian besar lacune terjadi pada area seerti nucleus lentiform, tanda gejala klinis belum diketahui namun terkadang terjadi kemunduran pada keadaan kognitif pasien. lacunar juga dapat terjadi pada kapsula interna dan pons yang akan mempengaruhi traktus ascendens dan descendes sehingga menimbulkan defisit klinis yang luas

b. Posterior Circulation Syndromes (POCS)

Adanya kelumpuhan pada bagian saraf cranial ipsilateral dengan kontralateral defisit sensorik atau motoric.

## 2.4 Manifestasi Klinis

Pada manifestasi klinis stroke bergantung dengan bagian otak pada fungsi otak mana yang terkena, arteri sebral yang terkena, keparahan kerusakan, dan ukuran area otak yang terkena selain juga bergantung dengan sirkulasi kolateral.

Manifestasi klinik menurut Smeltzer&Bare (2002) :

a. Defisit Lapang Pandang

- 1) Tidak menyadari adanya objek atau orak di tempat kehilangan pengelihatan
- 2) Diplopia
- 3) Kesulitan menilai jarak

b. Defisit Motorik

- 1) Hemiplegi (paralisis wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama)
- 2) Hemiparesis (kelemahan wajah, lengan, dan kaki sisi yang sama)
- 3) Ataksia (berjalan tidak mantapm tidak dapat menyatukan kaki)
- 4) Disatria (kesulitan bicara), ditunjukkan dengan bicara sulit dimengerti karena paralisis otot yang menghasilkan bicara.
- 5) Disfagia (kesulitan menelan)

c. Defisit Sensorik

- 1) Kebas dan kesemutan di bagian tubuh

d. Defisit Kognitif

- 1) Kehilangan memori jangka pendek dan panjang
- 2) Perubahan penilaian
- 3) Penurunan lapang perhatian
- 4) Kerusakan kemampuan dalam berkonsentrasi

e. Defisit Verbal

- 1) Afasia ekspresif (tidak dapat membentuk kata yang dapat dipahami)
- 2) Afasia reseptif (tidak dapat memahami kata yang diucapkan)
- 3) Afasia global (kombinal baik afasia reseptif dan ekspresif)

f. Defisit Emosional

- 1) Depresi
- 2) Menarik diri
- 3) Kehilangan kontrol diri
- 4) Rasa takut, bermusuhan dan marah,
- 5) Perasaan isolasi
- 6) Penurunan toleransi pada keadaan yang mengakibatkan stress
- 7) Labilitas emosional

## 2.6 Patofisiologi

Organ tubuh manusia yaitu otak merupakan organ tubuh yang berperan penting bagi kesehatan dan kehidupan. Otak merupakan organ yang kompleks, berukuran relative kecil dari pada bagian tubuh lainnya. Aliran darah yang konstan membawa nutrisi untuk saraf pada otak(neuronutrient) seperti vitamin, mineral, asam amino. Neuronutrient akan membuat energy untuk otak bersama

dengan oksigen dan glukosa. Gangguan pada aliran darah otak dengan waktu yang relative singkat akan menurunkan fungsi-fungsi otak, apabila dengan waktu yang lama akan menimbulkan kerusakan permanen pada otak.

Apabila aliran darah pada tiap bagian otak terhambat karena adanya thrombus atau embolus maka akan mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak, dalam waktu sekitar 1 menit akan mengarah ke gejala nekrosis mikroskopik pada neuron yang kemudian disebut dengan infark. Stroke karena embolus akan mengakibatkan pembekuan darah, udara, plak atheroma fragmen lemak. Stroke dengan etiologic hemorhagi yaitu abnormalitas vaskuler, aneurisma serabut hingga terjadi ruptur maka faktor penyebabnya adalah hipertensi. Apabila stroke thrombosis atau metabolic otak akan mengalami iskemia dan infark yang akan sulit ditemukan. Prognosis bergantung pada area otak yang terkena dan luas yang terkena (Wijaya&Putri, 2013).

## **2.7 Penatalaksanaan**

Penanganan stroke ditentukan dari penyebab stroke yang dapat berupa terapi farmakologi, radiologi, atau pembedahan. Pada stroke iskemik terapi bertujuan pada peningkatan perfusi darah ke otak, membantu lisis pada pembekuan darah mencegah adanya thrombosis lanjutan, melindungi jaringan otak yang masih aktif, dan mencegah cedera sekunder lainnya. Pada stroke hemoragik terapi bertujuan untuk mencegah kerusakan sekunder dengan pengendalian tekanan intrakrania dan vasospasme, serta mencegah adanya pendarahan yang lebih lanjut.

a. **Farmakologi**

- 1) Pemberian histamine, asetazolamid, aminophilin, papaverin intraarterial
- 2) Medikasi antitrombosit, trombosit berperan penting pada pembentukan thrombus dan embolisasi. Antiagresi thrombosis seperti aspirin dapat digunakan untuk menghambat reaksi pelepasan agregasi thrombosis yang terjadi setelah ulserasi arteroma.
- 3) Antikoagulan, untuk mencegah adanya atau thrombosis yang berat atau embolisasi dari area lain pada sistem kardiovaskuler.
- 4) Neuroprotektan, menjadi rekomendasi sebagai agen saraf yang dapat mengurangi cedera otak iskemik dengan mengurangi metabolisme otak atau mengganggu mekanisme sitotoksik yang dipicu oleh iskemia (Simon, et al, 2009).
- 5) Citikolin, sebagai membran stabilizer yang mana menjadi precursor dari fosfatidilkolin, konstituen utama dari membran sel. Mekanisme kerja pada obat ini dengan mencegah kerusakan membran dan mengusahakan memperbaiki membran cedera dengan sintesis acetylcholine ditingkatkan. Obat ini juga bekerja dengan dapat mencegah penimbunan asam lemak bebas, asam arakhidonat, dan digliserida pada tempat rusaknya sel pada otak. Efek samping dari obat ini hampir tidak ada hanya mempunyai efek samping kecil pada komplikasi GIT (C Clark 1998, Junaidi 2011).

- 6) Antiplatelet, berfungsi pencegahan gumpalan trombosit darah dan mencegah adanya terbentuk thrombus atau gumpalan darah yang akan atau bisa menyumbat lumen pembuluh darah. Dipergunakan terutama pada pasien dengan stroke iskemik atau TIA.

**b. Non Farmakologi**

Jenis terapi yang dapat digunakan pada proses pemulihan keadaan pasca stroke :

- 1) Fisioterapi, biasanya digunakan dalam keadaan stroke stadium akut dengan tujuan mencegah adanya komplikasi, menghambat adanya spatisitas, mengurangi edema pada anggota gerak, meningkatkan kemampuan aktivitas fungsional
- 2) Terapi wicara
- 3) Akupuntur , dapat memperpendek waktu dalam penyembuhan, pemulihan gerak motorik pada pasien dan aktivitas fungsional.
- 4) Hidroterapi, untuk merehabilitasi gangguan saraf motrik pasien pasca stroke. Kolam hidroterapi berisai air hangat yang dapat memperlancar aliran darah.
- 5) Yoga atau terapi meditasi, menurunkan resiko terkena stroke dan merehabilitasi fungsi organ.
- 6) Terapi music
- 7) Senam ergonomic, melatih otot yang kaku dengan gerakan ringan dan tidak menimbulkan rasa sakit bagi pasien.
- 8) Terapi nutrisi, pemberian nutrisi yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan menunjang peningkatan proses penyembuhan.

- 9) Terapi bekam, menurunkan tekanan darah, pengeluaran darah kotor pada tubuh atau darah yang tidak berfungsi lagi. Dapat terhindar dari adanya penggumpalan darah dan tekanan darah tinggi.
- 10) Psikoterapi, gangguan emosional dan psikologis lain seperti depresi dapat timbul karena adanya ketidak siapan pasien dalam penurunan aktivitas dan produktivitasnya. Psikoterapi dapat dilakukan dengan mengajak penderita melakukan hal-hal yang menyenangkan, atau memotivasi pasien.
- 11) Aromaterpi, untuk memperlancar sirkulasi darah, memperkuat fungsi saraf dan kekuatan otot. Dengan menggunakan teknik pemijatan atau berendam dengan minyak esensial dan air hangat.
- 12) Terapi herbal, membantu peningkatan fleksibilitas pembuluh darah dan stimulasi sirkulasi darah.
- 13) Hypnoterapi, untuk membatnu pasien memahami capaian kesembuhan dan pasien dapat menjalankan proses serta tahapan penyembuhan dengan nyaman dan tanpa paksaan.
- 14) Pembedahan  
Bertujuan pada perbaikan aliran darah serebri dengan :
  - a) Endoseterektomi karotis, membentuk arteri karotis kembali dengan membuka arteri karotis pada leher.
  - b) Revaskularisasi, paling sering berpengaruh pada pasien TIA.
  - c) Evaluasi pembekuan darah pada pasien stroke akut
  - d) Ligase arteri karotis komunis pada leher khususnya pada aneurisma.

## 2.7 Faktor Resiko

### a. Usia

Pembuluh darah pada seseorang dengan usia semakin tua akan cenderung semakin kaku karena adanya plak, hal ini berhubungan dengan proses degenerasi yang terjadi secara alamiah. Semakin usia bertambah keadaan jaringan tubuh akan mengalami penurunan fleksibilitas dan lebih kaku, termasuk pada pembuluh darah.

### b. Jenis kelamin

Laki-laki mempunyai faktor resiko lebih tinggi terserang stroke, karena berhubungan dengan gaya hidup merokok. Zat pada rokok seperti nikotik dapat menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah yang mengakibatkan elastisitas darah berkurang dan pengerasan pembuluh darah arteri meningkat dan pembekuan darah akan meningkat karena fibrinogen darah tinggi, fibrinogen yang tinggi akan memicu adanya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah sempit dan kaku kemudian menimbulkan stroke.

### c. Riwayat stroke keluarga

Keturunan dari penderita stroke akan mengakibatkan perubahan pada penanda aterosklerosis awal yaitu proses timbunan lemak pada lapisan bawah dinding pembuluh darah yang memicu stroke terjadi (Aguslina, 2005).

### d. Hipertensi

Hipertensi akan mempercepat terjadinya aterosklerosis (penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah arteri) dengan cara mengakibatkan

luka secara mekanis pada sel endotel (dinding pembuluh darah) pada area yang mengalami tekanan darah tinggi akan merangsang pembentukan plak aterosklerosis pada pembuluh arteri dan arteriol dalam otak serta menginduksi adanya lipoproteinosis (kerusakan vaskuler yang ditandai hilangnya struktur arteri normal, sel busa dan adanya nekrosis fibrinoid pada dinding pembuluh darah) pada pembuluh ganglia basal hingga mengakibatkan infark lakunal atau pendarahan pada otak.

e. Merokok

Zat yang terkandung pada rokok seperti nikotin karbon monoksida, dan zat lainnya pada rokok mempunyai potensi mengakibatkan kerusakan pada dinding pembuluh darah. Pembekuan darah akan meningkat karena fibrinogen darah tinggi, fibrinogen yang tinggi akan memicu adanya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah sempit dan kaku kemudian menimbulkan stroke.

f. Stress

Stress dapat meningkatkan kekentalan darah yang akan mengakibatkan ketidakstabilan tekanan darah. Darah yang kental karena kekurangan cairan darah atau trombosit akan mempermudah darah melekat satu sama lain, kekentalan darah juga terjadi karena aliran darah yang tidak lancar, pasokan oksigen pada sel-sel tubuh juga akan terhambat. Apabila darah yang kental tersebut menuju pembuluh darah yang halus pada otak untuk memasok oksigen ke otak dan pembuluh darah tidak elastis dan tersumbat maka hal tersebut akan meningkatkan risiko terjadinya stroke.

g. **Obesitas**

Pola hidup yang pasif seperti kurang aktivitas dan olahraga, kegemukan atau makan berlebihan, dengan konsumsi makanan yang banyak mengandung lemak akan mengakibatkan penimbunan lemak di pembuluh darah. Kemudian akan timbul penyempitan pembuluh darah yang mengakibatkan aliran darah tidak lancar dan memicu terjadinya aterosklerosis yang kemudian beresiko terkena stroke.

h. **Diabetes mellitus**

Stroke iskemik dapat menjadi resiko dari penderita diabetes, karena pada diabetes mellitus akan terjadi mikrovaskuler dan terjadinya aterosklerosis yang dapat mengakibatkan emboli yang dapat menyumbat dan terjadi iskemia kemudian perfusi pada otak akan menurun dan terjadi stroke.

i. **Penyakit kardiovaskuler**

Beberapa penyakit jantung seperti jantung coroner, jantung rematik, fibrilasi atrial beresiko pada terjadi stroke. Seperti pada fibrilasi atrium aliran oksigen akan menurun sehingga perfusi darah menuju otak akan turut menurun, kemudian otak dapat kekurangan oksigen sehingga dapat terjadi stroke.

## **2.8 Pemeriksaan penunjang**

Prosedur penunjang dilakukan untuk dapat memastikas jenis serangan stroke, letak area sumbatan atau penyempitan pembuluh darah, letak pendarahan, luas jaringan otak yang mengalami kerusakan.

a. CT Scan

Mengetahui adanya edema, hematoma, iskemia, dan infark.

b. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Menunjukkan area yang mengalami infark atau hemoragik. MRI lebih sensitif dalam mendeteksi adanya infark terutama pada area batang otak dan serebelum.

c. Magnetic Resonance Angiography (MRA)

Metode non invasif yang menunjukkan arteri karotis dan sirkulasi serebral dan dapat menunjukkan adanya oklusi.

d. Pemeriksaan Ultrasonografi karotis dan dopler transkranial

Mengukur aliran darah pada serebral dan mendeteksi adanya penurunan pada aliran darah stenosis pada arteri karotis dan arteri vetebrobasilaris selain menunjukkan area luasnya sirkulasi kolateral. Pemeriksaan ini digunakan untuk mengkaji perburukan penyakit vaskuler dan evaluasi efek terapi yang ditimbulkan pada vasospasme seperti adanya pendarahan pada subaraknoid.

e. Pemeriksaan EKG

Mengidentifikasi penyebab cardiac apabila stroke emboli dicurigai muncul dan terjadi.

f. Pemeriksaan lumbal fungsi

Menunjukkan adanya tekanan. Tekanan normal biasanya terdapat thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan yang meningkat dan cairan mengandung darah dapat menunjukkan adanya pendarahan subaraknoid atau intracranial.

g. EEG (Electro Encephalografi)

Dapat mengidentifikasi masalah yang berdasarkan gelombang otak atau dapat memperlihatkan adanya area lesi yang spesifik.

h. Angiografi serebral

Menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti adanya pendarahan, oklusi atau rupture, obstruksi arteri.

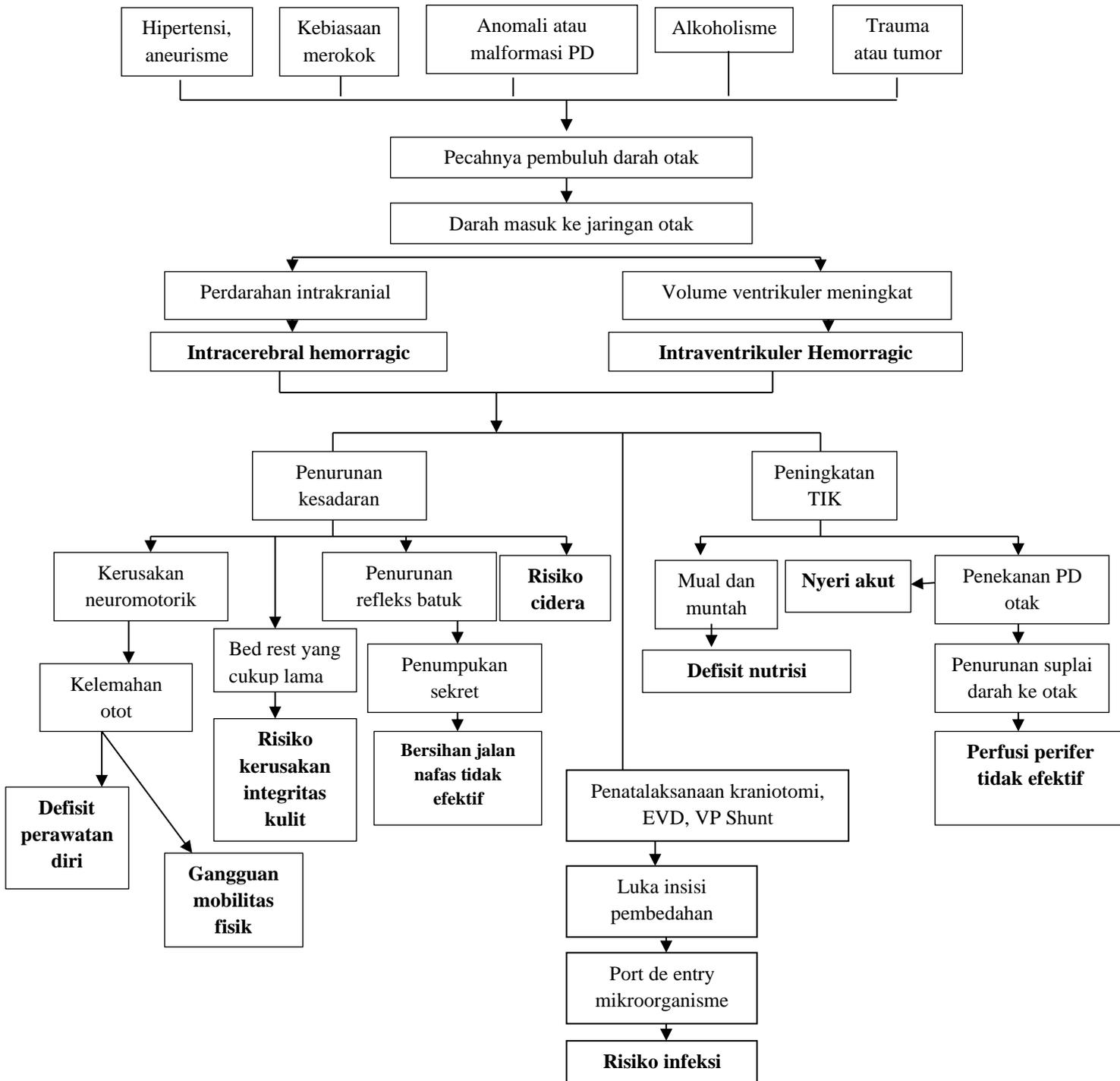
j. Pemeriksaan Foto Thorax

Memperlihatkan keadaan jantung apakah ada pembesaran ventrikel kiri yang menjadi salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan adanya perubahan kelenjar lempeng pineal pada area yang berlawanan dari masa yang luas.

k. Sinar X tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal pada area yang berlawanan dari masa yang luas.

## 2.9 Pathway



*Gambar 2.2 Pathway (Mutaqin, 2008 dalam Nursalam, 2014)*

## 2.10 Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian yaitu tahap pertama dari proses keperawatan dan untuk mengumpulkan data secara sistematis dan lengkap dimulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan pasien (Nursalam, 2014).

#### a. Identitas Pasien

Pada kasus pasien dengan CVA, usia mempengaruhi penyakit ini, dari berbagai penelitian, diketahui bahwa usia diatas 55 tahun beresiko tinggi terkena stroke. Hal ini berkaitan dengan proses degenerasi/penuaan yang terjadi secara alamiah. Pada orang-orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena adanya plak. Jenis kelamin (laki-laki memiliki resiko lebih besar untuk terkena stroke dibandingkan dengan perempuan. Hal ini mungkin terkait bahwa laki-laki cenderung merokok. Rokok dapat merusak lapisan dari pembuluh darah tubuh), pekerjaan (misalnya pekerjaan dengan tingkat stress yang tinggi dan membutuhkan tenaga ekstra khususnya pikiran), agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosa medis.

#### b. Riwayat kesehatan

##### 1) Keluhan utama

Pada pasien stroke alasan yang sering muncul pada saat pasien dengan stroke meminta pertolongan adalah mengalami kelemahan

anggota berak sebagian, berbicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, hingga mengalami penurunan kesadaran

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

CVA sering kali terjadi dengan mendadak, pada pasien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri pada bagian kepala, muntah, dan yang lebih parahnya terjadinya kejang yang tidak bisa di kontrol atau terjadinya kejang sampai tidak tersadarkan diri. Selain itu juga terdapat gangguan fungsi otak adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadarannya disebabkan karena perubahan di dalam intra kranial. Perubahan pada perilaku juga sering terjadi sesuai dengan perkembangan penyakit terjadi pada letargi, dan tidak responsive

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat tekanan darah tinggi atau hipertensi, riwayat CVA sebelumnya, DM, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma pada kepala, kontrasepsi oral, penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, obat-obatan adiktif dan obesitas. Pengkajian yang menggunakan obat-obatan pada pasien seperti menggunakan pada obat penghambat beta dan riwayat perokok berat, penggunaan alkohol. Pengkajian ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit yang sekarang dan merupakan data pengkajian yang jauh lebih baik untuk memberikan tindakan selanjutnya

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Terkadang jika ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes militus atau adanya riwayat CVA dari generasi dahulu

f. Pengkajian psiko-spiritual

Pengkajian pasiko spiritual pasien CVA meliputi berapa dimensi yang kemungkinan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi pada pasien. Pengkajian ini juga penting untuk respon kepada pasien agar bisa menjaga emosinya karena penyakit yang di deritanya. Perubahan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat secara respon atau pengaruh dalam kehidupan sehari harinya.

g. Pola kesehatan sehari-hari

1) Pola nutrisi

Biasanya terjadi gangguan pola makan atau nutrisi yang tidak terkontrol sehingga bisa menyebabkan berat badan tidak ideal

2) Pola istirahat

Terkadang pasien CVA mengalami gangguan pada pola tidurnya karena adanya rasa nyeri pada otot

3) Pola aktivitas

Pada penderita CVA biasanya tidak dapat eraktivitas sepenuhnya karena pada salah satu anggota bagian tubuhnya mengalami kelemahan atau kelumpuhan.

4) Pola eliminasi

Terkadang terjadinya inkontinensia pada pola eliminasi terkadang terjadi kontipasi karena penurunan kesadaran.

5) Pola personal hygiene

Pada penderita CVA mengalami penurunan kelemahan pada anggota gerak. Selama melakukan tindakan personal hygiene pasien dibantu oleh perawat ataupun keluarga karena masih lemas untuk melakukan sendiri.

6) Pemeriksaan Fisik

a) Sistem pernafasan

Batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, serta perubahan kecepatan dan kedalaman pernafasan. Adanya ronchi akibat peningkatan produksi secret dan penurunan kesadaran pasien. Pada pasien yang sadar baik seringkali tidak didapati kelainan pada pemeriksaan sistem respirasi.

b) Sistem peredaran darah

Dapat terjadi hipotensi atau hipertensi, denyut jantung irreguler, adanya murmur.

c) Sistem persyarafan

Tingkat kesadaran: bisa sadar baik sampai terjadi koma. Penilaian GCS untuk menilai tingkat kesadaran pasien. Reflek Patologis: Reflek babinski positif menunjukkan adanya perdarahan di otak/perdarahan intraserebri dan untuk

membedakan jenis CVA yang ada apakah bleeding atau infark.

Pemeriksaan saraf kranial

Saraf I: biasanya pada pasien dengan CVA tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

Saraf II : disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensorik primer diantara sudut mata dan kortek visual. Gangguan hubungan visual-spasial sering terlihat pada pasien dengan hemiplegi kiri. Pasien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

Saraf III, IV, dan VI apabila akibat CVA mengakibatkan paralisis sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral disisi yang sakit.

Saraf VII persepsi pengecap dalam batas normal, wajah asimetris, otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat

Saraf XII lidah asimetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi. Indra pengecap normal

d) Sistem perkemihan

Terjadi inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang, sehingga

selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologi luas.

e) Sistem pencernaan

Adanya keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual dan muntah pada fase akut. Mungkin mengalami inkontinensia alvi atau terjadinya konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya gangguan pada saraf V yaitu pada beberapa keadaan CVA menyebabkan paralisis saraf trigeminus, di dapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah pada sisi ipsilateral dan kelumpuhan seisin otot-otot pterigoideus dan pada saraf IX dan X yaitu kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut.

f) Sistem muskuloskeletal

Kehilangan kontrol volenter gerakan motorik. Terdapat hemiplegia atau hemiparese ekstremitas, kaji adanya dekubitus akibat immobilisasi fisik.

g) Sistem penginderaan

Pada penginderaan pasien biasanya tidak mengalami masalah

h) Sistem endokrin

Ada atau tidaknya pembesaran kelenjar endokrin, biasanya tidak mengaami pembesaran kelenjar endokrin

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul adalah:

- 1) Penurunan kapasitas adaptif Intrakranial berhubungan dengan stroke ischemic (**SDKI Hal 149, Kode D0066**)
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (**SDKI Hal 124, Kode D.0054**)
- 3) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (**SDKI Hal 264, Kode D.0119**)
- 4) Resiko Gangguan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh ditandai dengan kelemahan otot menelan dan mengunyah (**SDKI Hal 306, Kode D.0143**)

### 3. Intervensi

**Tabel 2.1** Konsep Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan	Rasional
1	Penurunan kapasitas adaptif Intrakranial berhubungan dengan stroke ischemic (SDKI Hal 149, Kode D0066)	<p><b>Kapasitas Adaptif Intrakranial (SLKI Hal 35, Kode L.06049)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam pasien dapat menstabilkan mekanisme dinamika intrakranial dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran pasien meningkat</li> <li>2. Sakit kepala menurun</li> <li>3. Tekanan darah membaik</li> <li>4. Tekanan nadi membaik</li> <li>5. Pola nafas membaik</li> <li>6. Bradikardia membaik</li> <li>7. Respon pupil membaik</li> <li>8. Reflek neurologi membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (SIKI Hal 205, Kode 1.06194)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>2. Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>)</li> <li>3. Monitor status pernafasan</li> <li>4. Monitor intake dan output pasien</li> <li>5. Berikan posisi semi fowler</li> <li>6. Hindari Manuever Valsava</li> <li>7. Cegah terjadinya kejang</li> <li>8. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengobservasi perubahan anda-tanda vital pasien</li> <li>2. Untuk mengetahui rata-rata tekanan darah pasien</li> <li>3. Untuk mengobservasi perubahan statun pernafasan pasien</li> <li>4. Untuk mengetahui jumlah intake dan output pasien</li> <li>5. Untuk mengoptimalkan pernafasan pasien</li> <li>6. Untuk mencegah percepatan denyut jantung</li> </ol>

			perlu	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Untuk meminimalisir perburukan pada pasien</li> <li>8. Untuk sebagai penenang saraf dan antikejang pasien.</li> </ol>
2	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (SDKI Hal 124, Kode D.0054)</p>	<p><b>Mobilitas Fisik (SLKI Hal 65, Kode L.05042)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam pasien dapat mobilisasi secara bertahap dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan pasien dalam beraktifitas meningkat</li> <li>2. Mengungkapkan perasaan terkait peningkatan kemampuan berpindah</li> <li>3. Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi</li> </ol>	<p><b>Dukungan Ambulasi (SIKI Hal 22, Kode 1.06171)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>2. Monitor tanda vital sebelum dan sesudah latihan</li> <li>3. Ajarkan pasien tentang teknik ambulasi</li> <li>4. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</li> <li>5. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai kebutuhan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji kebutuhan pasien dalam intervensi</li> <li>2. Mengvaluasi kemampuan tubuh pasien untuk melakukan latihan</li> <li>3. Menambah pemahaman pasien tentang ambulasi yang dapat dilakukan</li> <li>4. Perubahan posisi yang dilakukan dengan benar mencegah terjadinya cedera berulang</li> <li>5. Mengetahui latihan yang dibutuhkan oleh pasien</li> </ol>
3	<p>Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (SDKI Hal 264, Kode D.0119)</p>	<p><b>Komunikasi Verbal (SLKI Hal 49, Kode L.13118)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x24 jam pasien dapat menerima, memproses,</p>	<p><b>Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (SIKI Hal 373, Kode 1.13492)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui gaya bicara pasien</li> </ol>

		<p>mengirim dan/atau menggunakan komunikasi bahasa, dan atau melalui media atau sistem simbol dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan berbicara meningkat</li> <li>2. Kemampuan mendengar meningkat</li> <li>3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat</li> <li>4. Kontak mata meningkat</li> <li>5. Respon perilaku membaik</li> <li>6. Pemahaman komunikasi membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Gunakan metode komunikasi alternatif (misalnya menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan komputer)</li> <li>3. Ulangi apa yang disampaikan pasien</li> <li>4. Berikan dukungan psikologis</li> <li>5. Anjurkan bicara perlahan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Untuk mempermudah pasien dalam berkomunikasi, memahami kalimat, dan intruksi</li> <li>3. Untuk memperjelas kalimat atau maksud pasien</li> <li>4. Untuk memotivasi dan memberikan semangat pada pasien</li> <li>5. Untuk melatih bicara pasien sehingga nantinya mudah dipahami</li> </ol>
4	<p>Resiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh ditandai dengan kelemahan otot menelan dan mengunyah (<b>SDKI Hal 306, Kode D.0143</b>)</p>	<p><b>Status nutrisi (SIKI Hal 140 , Kode L.14138).</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi gangguan nutrisi dengan kriteria hasil:</p>	<p><b>Manajemen nutrisi (SIKI Hal 279, Kode 1.14540)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan kemampuan pasien dalam mengunyah, menelan dan reflek batuk</li> <li>2. Letakkan posisi kepala lebih tinggi pada waktu makan dan sesudah makan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk menetapkan jenis makanan yang akan diberikan pada pasien</li> <li>2. Untuk pasien lebih mudah menelan karena gaya grafitasi</li> <li>3. Untuk membantu dalam melatih</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"><li>1. Berat badan dapat dipertahankan atau ditingkatkan</li><li>2. Hb dan albumin dalam batas normal</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Stimulasi bibir untuk menutup dan membuka mulut secara manual dengan menkan ringan diatas bibir/dibawah dagu jika dibutuhkan</li></ol>	kembali sensori dan meningkatkan kontrol muskuler.
--	--	---	---	--

#### 4. Implementasi

Implementasi merupakan tahap dari proses keperawatan tahap ini muncul jika perencanaan yang di aplikasikan sesuai pada pasien. Implementasi yang di lakukan oleh perawat pada pasien akan berbeda, karena menyesuaikan dengan kondisi pasien dan kebutuhan apa yang harus kita bantu kepada pasien untuk memenuhi kebutuhannya (Nurul, 2016).

Pada diagnosa keperawatan penurunan kapasitas adaptif Intrakranial berhubungan dengan stroke ischemic, dilakukan tindakan keperawatan dalam 3x24 jam dengan intervensi memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun), memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), memonitor status penafasan, memonitor intake dan output pasien, memberikan posisi semi fowler, menghindari manuever valsava, mencegah terjadinya kejang, berkolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu.

Pada diagnosa keperawatan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, dilakukan tindakan keperawatan dalam 3x24 jam dengan intervensi mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, memonitor tanda vital sebelum dan sesudah latihan, mengajarkan pasien tentang teknik ambulasi, mengajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan, mengkonsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai kebutuhan.

Pada diagnosa keperawatan Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, dilakukan tindakan keperawatan dalam 3x24 jam dengan intervensi mengidentifikasi faktor resiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, pasang handrall tempat tidur, menggunakan alat bantu berjalan, menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin.

## 5. Evaluasi

Evaluasi ini tahap terakhir dari proses rencana keperawatan. Tahap ini membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah sudah teratasi seluruhnya, evaluasi ini berproses yang berkelanjutan yaitu proses yang di mana untuk mengukur (Anjar, 2012). Pada bagian ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat menstabilkan mekanisme dinamika intrakanial pada peningkatan tekadaran adaptif intrakraial teratasi, gangguan mobilitas fisik dapat mobilisasi secara bertahap, gangguan komunikasi verbal pasien dapat menerima, memproses, mengirim dan/atau menggunakan komunikasi bahasa, dan atau melalui media atau sistem simbol, resiko jatuh dalam 3x24 jam diharapkan derajat jatuh menurun.

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab 3 ini gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny.S dengan diagnosis *Cerebrovascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Rawat Inap Melati RS Bhayangkara Tulungagung, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 22 Desember 2023 pukul 07.14 WIB sampai tanggal 24 Desember 2023 jam 14.00 WIB. Sumber data didapatkan rekam medis, pasien, dan keluarga. Data yang didapat sebagai berikut :

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas**

Pasien adalah seorang perempuan berinisial “Ny.S” usia 51 tahun, beragama islam, bahasa yang serng digunakan bahasa indonesia,Pasien adalah anak kedua dari Tn. P usia 78th dan Ny. I Usia 76th. Pasien tinggal dikecamatan kalidawir. Pasien MRS tanggal 22 Desember 2023 jam 05.46 WIB.

##### **3.1.2 Keluhan Utama**

Nyeri kepala

##### **3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien datang bersama keluarga ke IGD RS Bhayangkara Tulungagung pada 22 September 2023 jam 05.46 WIB dengan keluhan nyeri kepala sejak kemarin malam. Keluhan disertai pusing bergeliat, sulit bicara dan anggota gerak kiri lemas. Keluarga mengatakan kronologi kejadiannya setelah pasien BAK dari kamar mandi tiba-tiba pasien mengatakan kepala terasa nyeri dan badan terasa lemas. Hasil pemeriksaan

tanda-tanda vital GCS 456, TD:170/90 mmHg N: 69x/menit, RR: 20x/menit, Suhu : 36,5<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub>: 97%. Pemeriksaan fisik extremitas akral teraba hangat, tidak ada pembengkakan, motorik 4455. Pasien di IGD dilakukan EKG, Cek lab (DL, GDA, *Profil lipid*), Thorax, dan CT Scan Kepla tanpa kontras. Selama di IGD pasien diberikan terapi infus NS 20tpm, injeksi santagesik 3x1 mg, injeksi omeprazole 1x40mg, injeksi citicolin 2x250mg, injeksi mecobalamin 1x1 mg. Kemudian pasien MRS di Ruang Melati RS Bhayangkara tulungagung dengan diagnosa CVA.

Sampai diruang rawat inap peneliti melakukan pengkajian kepada pasien yaitu pada 22 Desember 2023 pukul 07.14 WIB didapatkan hasil pasien mengatakan nyeri kepala cenut cenut menjalar sampai tenguk disertai anggota gerak tubuh bagian kiri terasa lemas. setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan GCS 456, TD:160/80 mmHg N: 89x/menit, RR: 20x/menit, Suhu : 36,2<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub>: 98%. Pengakajian nyeri :P : CVA, Q : Geliyengan, R : Kepala belakang, S : Numerik 6, T : 7 menit dominan malam hari, kuatakan otot kiri didapatkan hasil 4444. Kemudian pada 22 Desember 2023 pukul 11.05 WIB dokter spesialis saraf melakukan visite yang seanjutnya pasien mendapatkan tambahan terapi oral ASA 1x1 mg dan CPG 1x1 mg.

#### 3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

##### 1. Penyakit yang pernah dialami dan hospitalisasi

Pasien pernah memiliki riwayat stroke 2 tahun yang lalu tetapi tidak sampai rawat inap hanya rawat jalan. Kemudian pasien juga memiliki tekanan darah tinggi.

2. Alergi (obat, makanan, plester, dingin, debu, dll)

Pasien tidak memiliki alergi obat, makanan, maupun benda lain.

3. Imunisasi

Pasien sudah melakukan vaksin covid-19 sebanyak 1 kali.

4. Kebiasaan/pola hidup/*life style*

PHBS : Pasien mengatakan biasa mandi 2 kali sehari dan rajin cuci tangan

Makan : Pasien mengatakan suka mengonsumsi sayur dan ikan. Keluarga mengatakan semenjak sakit pasien menjaga makanannya khususnya cara pengolahannya.

Minum : Pasien mengatakan sehari bisa habis 1500ml

Istirahat : Pasien biasanya tidur cukup 6-8 jam dalam sehari.

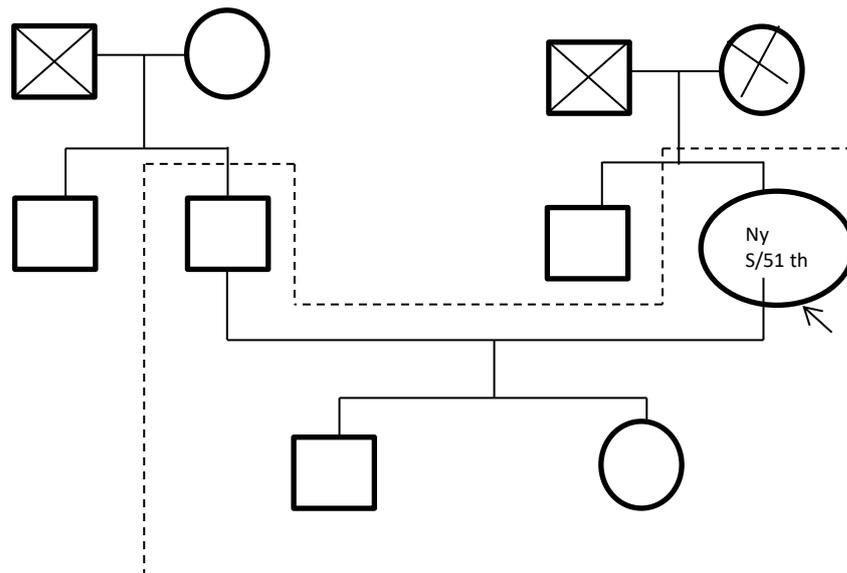
5. Obat-obatan yang digunakan

Obat-obat yang digunakan berdasarkan resep dokter karena setiap pasien sakit segera ke puskesmas untuk mendapatkan perawatan.

a. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga mengatakan tidak memiliki keturan penyakit yang sama.

**Genogram**



## Keterangan



Laki-laki



Perempuan



Pasien



Tinggal serumah



Meninggal

### 5.1.1 Pengkajian Pola Gordon

#### 1. Persepsi kesehaan dan pemeliharaan kesehatan

Persepsi terhadap kesehatan

Pasien mengatakan jika sakit atau ada anggota keluarga yang sakit langsung dibawa ke puskesmas atau klinik dokter terdekat

Pemeliharaan kesehatan

#### **Interpretasi pola kesehatan dan pemeliharaan kesehatan**

Keluarga mengatakan jika sakit segera ke dokter atau puskesmas

#### 2. Pola nutrisi dan metabolik

##### a) Atropometri

BB : 50kg

TB : 150cm

IMT : 22,2 (normal)

BBI : 42,5

Interpretasi :

Hail IMT pasien berapa pada posisi normal dengan BBI 42,5

b) Biomedical/Laboratorium test (22 September 2023)

**Tabel 3.1** Pemeriksaan darah lengkap

<b>Pemeriksaan darah lengkap</b>				
No	Komponen	Hasil	Nilai normal	Interpretasi
1	Hemoglobin	11.4	12,0-16,0 g/dL	Normal
2	Lekosit	7.13	4,5-11,0 $10^3/uL$	Normal
3	Eosinofil	6.1	0-3 %	Tinggi
4	Basofil	0.2	0-1 %	Normal
5	Limfosit	25.7	24-44 %	Normal
6	Monosit	6	3-6 %	Normal
7	Hematokrit	33.2	36,0-46,0 %	Rendah
8	Trombosit	226	150-450 $10^3/uL$	Normal
9	Glukosa acak	104	<200	Normal
10	Cholestrol total	152	140-200mg/dL	Normal
11	Trigliserida	186	<150mg/dL	Tinggi
12	HDL-Cholestrol	42	>35mg/dL	Normal
13	LDL-Cholestrol	102	<= 100 mg/dL	Tinggi

Interpretasi :

Berdasarkan biomedical sign pasien terlihat nilai hasil laboratorium ada yang tinggi dan ada yang rendah sehingga berpengaruh pada kondisi pasien

c) Clinical Sign

**Tabel 3.2** Clinical sign

Komponen	Hasil Pemeriksaan
Penampilan umum	Pasien tampak lemas
Rambut	Rambut pasien berwarna hitam, sebagian putih dan tampak sedikit berminyak
Kongjungtiva	Tida anemis
Sklera	Berwarna putih
Mukosa bibir	Kering
Turgor kulit	<2 detik, akral teraba hangat

Interpretasi :

Mukosa bibir pasien tampak kering, rambut tampak sedikit berminyak

d) Diet pattern

Sebelum masuk RS:

Sebelum masuk RS pasien makan dengan baik dan banyak yang terdiri dari lauk-pauk, dan sayur dengan makan 1 porsi sebanyak 3 kali sehari dan habis.

Setelah masuk RS :

Saat berada di RS nafsu makan pasien menurun makan ½ porsi karena tidak cocok dengan menu yang diberikan atau dengan rasa yang ada.

Interpretasi :

Pasien mengalami perubahan nafsu makan

3. Pola eliminasi

Pengkajian tanggal 22 Desember 2023 jam 08.00 (Hari pertama pasien MRS)

**BAK**

Frekuensi : 7 kali sehari  
 Jumlah : 2000cc  
 Warna : Kuning jernih  
 Bau : Khas (amonia)  
 Karakter : Cair  
 Berat Jenis : Tidak terkaji  
 Alat bantu : Tidak ada  
 Kemandirian : Dibantu keluarga  
 Lainnya : Tidak terkaji

**BAB**

Frekuensi : Pasien belum BAB  
 Jumlah : Pasien belum BAB  
 Konsistensi : Pasien belum BAB

Warna : Pasien belum BAB  
 Bau : Pasien belum BAB  
 Karakter : Pasien belum BAB  
 Alat bantu : Pasien belum BAB  
 Kemandirian : Pasien belum BAB  
 Lainnya : Pasien belum BAB

Interpretasi :

Pada saat di RS pasien belum BAB.

#### 4. Pola aktivitas dan latihan

Pola aktivitas dan latihan pasien sebelum sakit dilakukan mandiri dan saat sakit dibantu oleh keluarga ataupun perawat.

**Tabel 3.3** Pola aktivitas dan latihan

<b>Aktivitas harian (<i>Activity Daily Living</i>)</b>					
<b>Kemampuan perawatan diri</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Makan / minum					√
Toileting			√		
Berpakaian			√		
Mobilitas di tempat tidur					√
Berpindah			√		
Ambulasi / ROM				√	

Keterangan :

0 : Tergantung total  
 1 : Dibantu orang lain, dengan alat  
 2 : Dibantu orang lain  
 3 : Tidak dibantu orang lain, menggunakan alat  
 4 : Mandiri

**Tabel 3.4** Kekuatan otot dan sendi

<b>Kekuatan otot</b>		<b>Rentang gerak sendi</b>	
3333	5555	3333	5555
3333	5555	3333	5555

**Status Oksigenasi:**

Sianosis : ~~Ada~~/Tidak, CRT <2detik

Oksimetri : 98 %

Lain-lain : Tidak ada

**Fungsi kardiovaskuler :**

Bunyi jantung : S1 dan S2 tunggal

Bunyi tambahan : Tidak ada

Aterosklerosis : Tidak ada

Lain-lain : Tidak Ada

**Terapi oksigen :**

Terapi Oksigen : Tidak

Jenis : Nafas spontan

Jumlah : 20x/menit

Lain-lain : Tidak terkaji

**Interpretasi Pola Aktivitas dan Latihan:**

Pasien ketergantungan ringan.

**5. Pola tidur dan istirahat****Istirahat dan Tidur**

Durasi : 4-5 jam/hari

Gangguan tidur : tidak ada

Keadaan bangun tidur : Lemah

Lain-lain : Tidak ada

**Interpretasi**

Kualitas tidur pasien saat di RS kurang

## 6. Pola Kognitif dan Perseptual

Fungsi Kognitif dan memori :

Saat melakukan pengkajian pasien mampu menjawab karena pasien sadar sehingga pengkajian dilakukan langsung kepada pasien

Keadaan indera :

Kulit pasien teraba hangat

Interpretasi :

Pasien tidak memiliki masalah kognitif dan perseptual

## 7. Pola persepsi diri

Gambaran diri :

Pasien terbaring dalam keadaan lemah dengan tangan kanan terpasang infus.

Identitas diri :

Pasien merupakan ibu rumah tangga yang mempunyai 2 orang anak dengan 1 anak laki-laki dan 1 anak perempuan.

Harga diri :

Keluarga percaya pasien akan segera sembuh

Ideal diri :

Pasien optimis akan segera membaik

Peran diri :

Pasien berperan sebagai ibu rumah tangga di keluarganya.

Interpretasi :

Pasien baik dalam mempresepsikan diri meskipun sedang dalam

masa perawatan di RS.

8. Pola seksualitas dan reproduksi

Pola seksualitas :

Pasien mendapatkan kasih sayang dari suami, dan anaknya.

Pola reproduksi :

Pasien mengalami menopause.

Interpretasi :

Pasien mengalami menopause dan mendapatkan kasih sayang dari keluarganya.

9. Pola peran dan hubungan

Peran :

Keluarga pasien mengtakan peran pasien dalam keluarga adalah ibu rumah tangga.

Hubungan :

Hubungan pasien dengan orang sekitar baik. Terdapat interaksi dengan tetangga sekitar lingkungan RS tempat dirawat.

Interpretasi :

Pola peran dan hubungan pasien baik.

10. Pola manajemen coping-stress

Adakah stress situasional: (Ya/~~Tidak~~)

Keluarga merasa khawatir dengan kondisinya yang tiba-tiba sakit karena sebelumnya pasien tidak pernah mengalami hal seperti ini.

Teknik coping yang digunakan:

Pasien selalu berdoa agar segera diberikan kesembuhan dan bisa segera beraktivitas kembali seperti sebelumnya.

#### 11. Sytem nilai dan kepercayaan

##### Religiousitas

Pasien dan keluarga mengatakan islam dalam agama yang benar dan sudah semestinya akan menuntun kejalan yang lebih baik.

##### Spiritualitas

Pasien mengatakan ketika sakit sudah merupakan cobaan dari Allah SWT dan pasien berusaha menjalani dengan ikhlas. Kemudian keluarga pasien percaya akan ada nasib baik yang mengiri setiap cobaan yang diberikan.

##### Interpretasi :

Sitem nilai dan kepercayaan pasien dan keluarga baik.

#### 5.1.2 Keadaan Umum

##### 1. Cara Masuk

Tanggal 22 Desember 2023 pukul 05.46 WIB Pasien datang bersama suami. Pasien diantar dengan kursi roda.

##### 2. Keadaan umum :

Pasien tampak lemas dan meringis menahan nyeri, terdapat kelemahan anggota gerak kiri.

#### 5.1.3 Tanda-tanda vital observasi pasien.

GCS 4/5, TD:160/80 mmHg N: 89x/menit, RR: 20x/menit, Suhu : 36,2<sup>o</sup>C, SPO<sub>2</sub>: 98%. Pengakajian nyeri :P : CVA, Q : Geliyengan, R :

Kepala belakang, S : Numerik 6, T : 7 menit dominan malam hari, kuatakan otot kiri didapatkan hasil 4444

#### 5.1.4 Pemeriksaan fisik

##### 1. B1 : (*Breathing*)

Pasien bernafas spontan, tidak sesak, RR 20x/menit, bentuk dada *normo chest*, pergerakan dada simetris, tida terdapat otot bantu nafas, tidak ada batuk dan sekret. Pemeriksaan vocal fremitus teraba simetris pada bagian kiri dan kanan, perkusi dada sonor dengan irama nafas reguler, tidak ada ronkhi maupun wheezing.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

##### 2. B2 : (*Blood*)

Berdasarkan hasil inspeksi tidak ada sianosis, sclera tidak tampak ikterik dan konjuntiva tidak anemis, tidak ada edema pada ekstremitas. Denyut nadi radialis teraba kuat dengan frekuensi 89x/menit. Perfusi (hangat, kering, merah) dengan suhu axilla 36,2<sup>0</sup>C, CRT <2detik,. Pemeriksaan auskultasi jantung S1 S2 tunggal dimana irama reguler dan tekanan darah 160/80 mmHg, MAP : 106.7 mmHg (Normal 70-110 mmHg).

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

##### 3. B3 : (*Brain*)

Kesadaran composmentis, GCS E4V5E6 total 15, tida terdapat lesi dan nyer kepala, reflek cahaya positif, pupil isokor, bentuk hidung simetris, tida ada polip, tida ada gangguan pada telinga kanan dan kiri, bicara tidak pelo, reflek minum dan makan baik, berdasarkan

pemeriksaan reflek fisiologis +/+ (patella +/+, trisep +/+, bisep +/+, Achilles +/+), untuk reflek patologi -/- (babinsky-/-, brudzinky-/-, kernig-/-).

- a. Nervus I (Olfaktorius) : fungsi repon dan interpretasi bau normal, tidak ada hilangnya daya membau atau terlalu peka terhadap bau
- b. Nervus II (Optikus) : Fungsi ketajaman visual dan lapang pandang jelas, pasien dapat melihat benda dengan jarak 30 cm, tidak ada katakamaupun gangguan fungsi penglihatan lainnya.
- c. Nervus III (Okulomotorius) : Fungsi pergerakan bola mata baik, reflek pupil terhadap cahaya dan bentuk lensa normal, pupil isokor.
- d. Nervus IV (Trochlearis) : Fungsi pergerakan mata keatas dan kebawah normal, pasien mampu menggerakkan bola mata mengikuti jari-jari pemeriksa.
- e. Nervus V (Trigeminus) : Fungsi membuka mulut bibir dan rahang cenderung mengarah kekanan, reflek mengunyah baik.
- f. Nervus VI (Abdusen) : Fungsi pergerakan mata kesisi lateral normal
- g. Nervus VII (Fasialis) : Pada saat pasien diperintahkan untuk mengisap dan senyum bibir kanan bagian bawah tampak jatuh lebih rendah dibanding bibir kiri bawah, mampu mengangkat kedua alir mata simetris, saat menjulurkan lidah terdapat deviasi kesisi kanan.

- h. Nervus VIII (Vestibulokoklearis) : Fungsi pendengaran baik, pasien mampu mendengar suara dengan baik
- i. Nervus IX (Glosofaringeus) : Kemampuan menelan baik ketika menelan air maupun makan tida tersedak
- j. Nervus X (Vagus) : Fungsi menelan baik, dapat membuka mulut dan mengatakan kalimat dengan jelas/tida pelo
- k. Nervus XI (Assesorius spinal) : pasien kesulitan mengangkat lengan dan kaki bagian bawah kiri
- l. Nervus XII (Hipoglosus) : pasien dapat menjulurkan lidah ke atas bawah maupun ke samping kanan dan kiri

**Masalah keperawatan : Gangguan mobilitas fisik**

4. B4 : (*Bladder*)

pasien BAK spontan dengan urinal, warna urine kuning jernih. Tidak terdapat distensi pada kandung kemih dan tida ada nyeri tekan. Balance cairan didapatkan dari infus 1500cc/24 jam, minum 1000cc/24 jam, total intake 2500cc/24 jam. Output urine 2000cc/jam, total balance cairan +500cc/24 jam.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

5. B5 : (*Bowel*)

Kebersihan mulut bersih, tidak ada gigi palsu, membran mukosa bibir kerng, nafsu makan cukup, frekuensi makan 2x/hari ½ porsi habis. Minum sebanyak ± 1000cc sehari. Tida ada mual maupun muntah, tidak terpasang alat bantu NGT, bentuk abdomen simetris. Palpasi abdomen tida ada nyeri tekan dan auskultasi bising usus

16x/menit. Frekuensi BAB SMRS 2 hari sekali tiap pagi, Frekuensi BAB MRS tidak terkaji (pasien belum BAB).

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

6. B6 : (*Bone*)

Warna kulit sawo matang, tiak ada edema pada ekstremitas. Tida ada fraktur, atau kontaktur. Pergerakan sendi pada ekstremitas kanan bebas sedangkan ekstremitas kiri mengalami kelemahan. Tangan kanan bisa mengangkat setinggi kepala. Sedangkan tangan kiri tidak mampu mengangkat setinggi kepala

Skala kekuatan otot :

3333	5555
3333	5555

**Masalah keperawatan : Gangguan mobilitas fisik**

7. Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. Glukosa darah tanggal 22 Desember 2023 : 104 mg/dL , tidak ada luka gangren.

**Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.**

8. Sistem reproduksi

Tidak ada masalah seksualitas yang berhubungan dengan penyakit.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.**

9. Kemampuan perawatan diri

Kemampuan dalam perawatan diri (makan, minum, toileting, berpakaian) masih diabntu oleh keluarga maupun petugas, mandi dengan cara diseka, membersihkan rambut dan menggosok gigi di

bantu oleh perawat maupun keluarga, kebersihan kuku dan kulit masih dibantu dengan keluarga maupun petugas. Sedangkan mobilisasi di tempat tidur sudah mampu secara mandiri namun masih perlahan, dikarenakan terdapat kelemahan ekstremitas kiri.

**Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri**

10. Psiko sosial cultural

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang berkumpul dengan keluarga dirumah. Pasien beragama islam dan selalu berdoa untuk kelarganya dan kesembuhannya.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.**

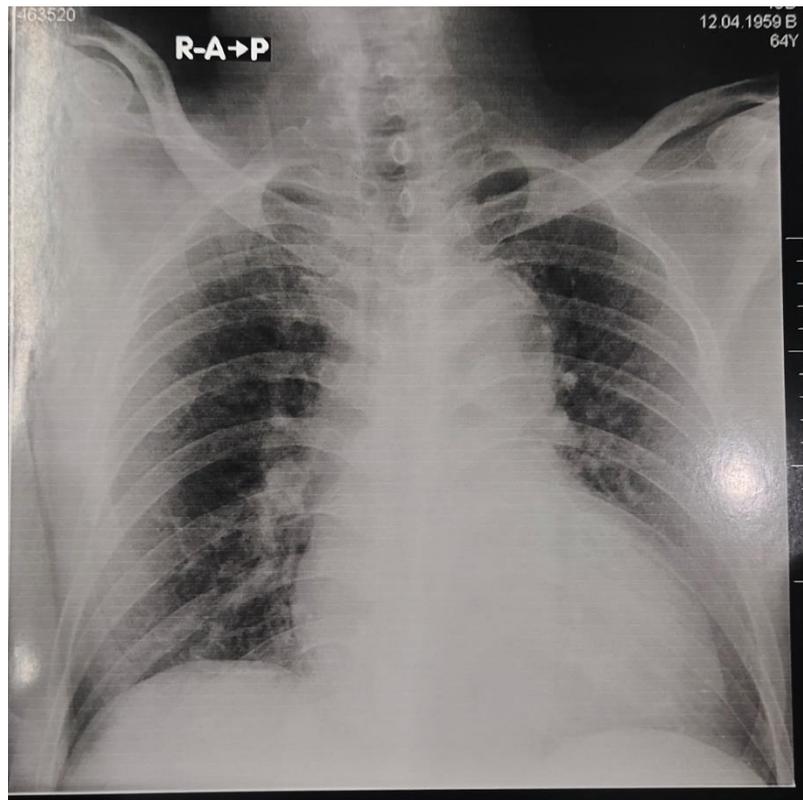
3.1.5 Pemberian terapi

**Tabel 3.5** Terapi pasien

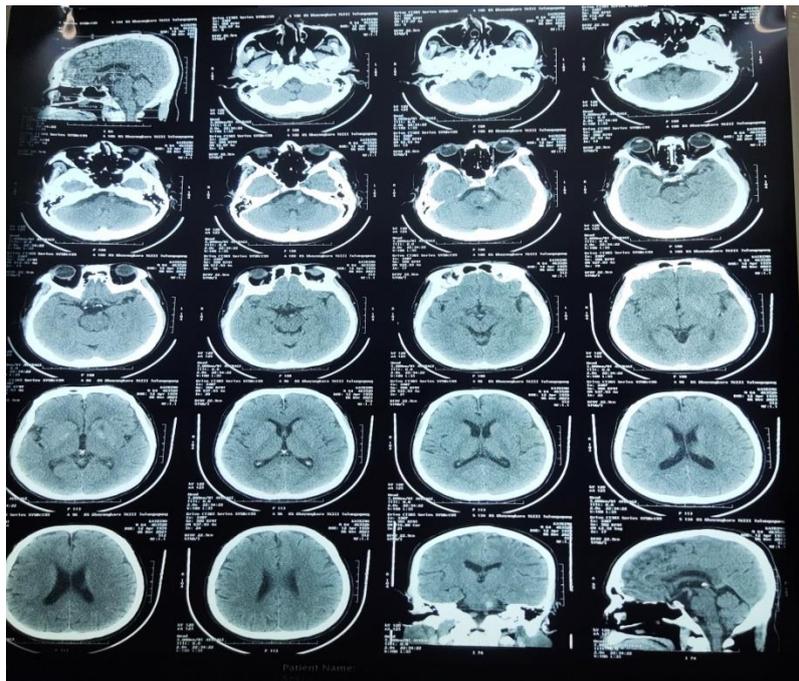
Medikasi	Rute	Waktu	Dosis	Indikasi
Infus NS	IV	08.00, 14.00, 22.00	20 tpm	Untuk mengembalikan keseimbangan cairan tubuh
Santagesik	IV	08.00, 14.00, 22.00	500mg	Mengatasi nyeri
Omeprazole	IV	08.00	40mg	Untuk mengatasi asam lambung
Citicolin	IV	08.00, 14.00	250mg	Untuk mempertahankan dan melindungi fungsi otak atau sistem saraf
Mecobalamin	IV	08.00	500mg	Untuk menjaga kesehatan sistem saraf dan sel darah

ASA	PO	08.00	80mg	Untuk mengencerkan darah supaya tidak terjadi penyumbatan darah di otak
CPG	PO	22.00	75mg	Mencegah serangan jantung

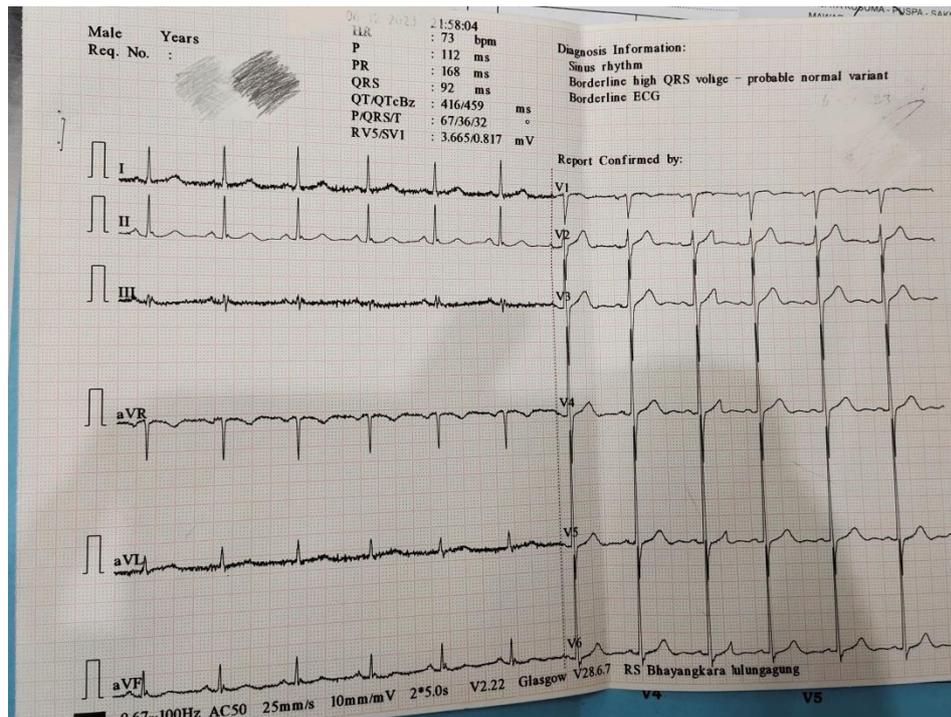
### 5.1.5 Pemeriksaan Penunjang



**Gambar 3.1** Foto thorax



**Gamabr 3.2** CT Scan Kepala



**Gambar 3.3 EKG**

**Tulungagung, 22 September 2023**

Pengambil data

**LISTIAWAN HENDRO WINARNO**

## 5.2 Diagnosa Keperawatan

### 1) Analisa data

**Tabel 3. 6** Analisa data

Data Penunjang	Etiologi	Masalah
<p><b>Data Subjektif :</b></p> <p>Pasien mengatakan kepala terasa nyeri seperti geliyengan</p> <p>Pengakajian nyeri :</p> <p>P : CVA</p> <p>Q : Geliyengan</p> <p>R : Kepala belakang</p> <p>S : Numerik 6</p> <p>T : 7 menit dominan malam hari.</p> <p><b>Data Objektif :</b></p> <p>TD:160/80 mmHg</p> <p>N: 89x/menit,</p> <p>RR: 20x/menit,</p> <p>Suhu : 36,2<sup>0</sup>C,</p> <p>SPO<sub>2</sub>: 98%.</p> <p>Pasien mendapat terapi injeksi santagesik 3x1 mg</p>	<p>Agen pencedera fisiologis (penekanan pembuluh darah otak)</p>	<p>Nyeri akut (<b>SDKI Hal 172, Kode D.0077</b>)</p>

<p><b>Data Subjektif :</b></p> <p>Pasien mengatakan badan lemas dan anggota gerak kiri mengalami kelemahan</p> <p><b>Data Objektif :</b></p> <p>Kekuatan otot menurun</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">3333</td> <td style="padding: 5px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 5px;">3333</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 5px;">5555</td> </tr> </table>	3333	5555	3333	5555	<p>Penurunan kekuatan otot</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik <b>(SDKI Hal.124, Kode D.0054)</b></p>
3333	5555					
3333	5555					
<p><b>Data Subjektif :</b></p> <p>-</p> <p><b>Data Objektif :</b></p> <p>Rambut pasien tampak sedikit berminyak, kuku panjang dan sedikit kotor.</p>	<p>Gangguan Muskuloskeletal</p>	<p>Defisit perawatan diri <b>(SDKI Hal 240. Kode D.0109)</b></p>				
<p><b>Data Subjektif :</b></p> <p>-</p> <p><b>Data Objektif :</b></p> <p>Pasien mengalami kelemahan otot</p>	<p>-</p>	<p>Resiko gangguan kerusakan integritas kulit/jaringan <b>(SDKI Hal 300, Kode D.0139)</b></p>				

## 2) Prioritas Masalah

**Tabel 3.7** Prioritas masalah

No	Masalah keperawatan	Tanggal		Paraf (Nama)
		Ditemukan	Teratasi	
1	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (penekanan pembuluh darah otak).	22 September 2023	24 September 2023	LH
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot.	22 September 2023	24 September 2023	LH
3	Defisit perawatan diri berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal.	22 September 2023	24 September 2023	LH
4	Resiko kerusakan integritas kulit/jaringan ditandai dengan kelemahan otot	22 September 2023	24 September 2023	LH

### 3.3 Intervensi Keperawatan

**Tabel 3.8** Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (penekanan pembuluh darah otak). (SDKI Hal 172 Kode D.0077)	<p><b>Tingkat Nyeri (SLKI Hal 145, Kode L.08066)</b> Setelah dilakukan tinjauan keperawatan selama 3x24 jam Pasien tidak mengalami nyeri, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> <li>5. Tanda vital dalam rentang</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (SIKI Hal 201, Kode 1.08238)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>5. Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> <li>6. Kaji tipe dan sumber nyeri</li> <li>7. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin</li> <li>8. Tingkatkan istirahat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui PQRST pasien dan pemilihan tindakan selanjutnya.</li> <li>2. Reaksi nonverbal menunjukkan tingkat nyeri yang dirasakan pasien</li> <li>3. Meningkatkan koping adaptif pasien</li> <li>4. Mengurangi nyeri pasien dari segi lingkungan</li> <li>5. Mencegah keparahan nyeri dan komplikasi nyeri</li> <li>6. Menentukan intervensi yang sesuai</li> <li>7. Mengurangi nyeri dari segi non</li> </ol>

		<p>normal (TD: 120/80 mmHg, Nadi: 80-100 x/menit, RR: 18-24 x/menit, Suhu: 36-37,5°C)</p> <p>6. Tidak mengalami gangguan tidur</p>	<p>9. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang danantisipasi ketidaknyamanan dari prosedur</p> <p>10. Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri.</p>	<p>farmakologi</p> <p>8. Mengurangi nyeri bertambah</p> <p>9. Meningkatkan coping individu dengan meningkatkan pengetahuan pasien</p> <p>10. Mengurangi nyeri dari segi medis.</p>
2.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot. (SDKI Hal 124, Kode D.0054)</p>	<p><b>Mobilitas Fisik (SLKI Hal 65, Kode L.05042)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam pasien dapat mobilisasi secara bertahap dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan pasien dalam beraktifitas meningkat</li> <li>2. Mengungkapkan perasaan terkait peningkatan kemampuan berpindah</li> <li>3. Memperagakan</li> </ol>	<p><b>Dukungan Ambulasi (SIKI Hal 22, Kode 1.06171)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>2. Monitor tanda vital sebelum dan sesudah latihan</li> <li>3. Ajarkan pasien tentang teknik ambulasi</li> <li>4. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</li> <li>5. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai kebutuhan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji kebutuhan pasien dalam intervensi</li> <li>2. Mengvaluasi kemampuan tubuh pasien untuk melakukan latihan</li> <li>3. Menambah pemahaman pasien tentang ambulasi yang dapat dilakukan</li> <li>4. Perubahan posisi yang dilakukan dengan benar mencegah terjadinya cedera berulang</li> </ol>

		penggunaan alat bantu untuk mobilisasi		5. Mengetahui latihan yang dibutuhkan oleh pasien
3.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal (SDKI Hal 240, Kode D.0109)	<p><b>Perawatan Diri (SLKI Hal 81, Kode L.11103)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pasien dapat menunjukkan kemampuan perawatan diri dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dapat memenuhi kebutuhan ADL mandiri atau dengan alat bantu</li> <li>2. Pasien mampu mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri atau dengan alat bantu.</li> </ol>	<p><b>Dukungan Perawatan Diri (SIKI Hal 36, Kode 1.11348)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan pasien</li> <li>2. Memfasilitasi pasien untuk hygiene oral</li> <li>3. Fasilitasi pasien mandi</li> <li>4. Memantau integritas kulit pasien</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajarkan pasien dan keluarga tentang menjaga kebersihan diri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menentukan kebutuhan bantuan yang diperlukan pasien</li> <li>2. Membantu pasien membersihkan area mulut</li> <li>3. Membantu pasien memenuhi kebutuhan kebersihan diri mandi pasien</li> <li>4. Mengkaji adanya kerusakan integritas kulit pasien</li> <li>5. Mengajarkan keluarga untuk pentingnya memenuhi kebutuhan kebersihan diri pasien</li> </ol>
4.	Resiko kerusakan integritas kulit/jaringan ditandai dengan	<p><b>Integritas Kulit dan Jaringan (SLKI Hal 33, Kode L.14125)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pasien</p>	<p><b>Perawatan Integritas Kulit (SIKI Hal 316, Kode 1.11353)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> <li>2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui penyebab gangguan integritas kulit</li> <li>2. Untuk menghindari dekubitus atau luka baring</li> <li>3. Untuk otot lebih rileks</li> <li>4. Untuk menjaga kebersihan</li> </ol>

	kelemahan otot <b>(SDKI Hal 300,          Kode D.0139)</b>	dapat menunjukkan kemampuan perawatan diri dengan kriteria hasil: 1. Pasien dapat mempertahankan hidrasi kulit 2. Pasien dapat mengatasi kemerahan pada kulit 3. Pasien dapat memperbaiki kerusakan jaringan	3. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang 4. Bersihkan perinial dengan air hangat 5. Anjurkan untuk menggunakan produk pelembab kulit 6. Anjurkan minum air cukup 7. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur	perineal 5. Untuk melembabkan kulit 6. Untuk menghidrasi kulit 7. Untuk menutrisi kulit
--	---	---	---	--

### 5.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

**Tabel 3.9** Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari Tanggal	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Waktu	Evaluasi Formatif SOAP (Catatan Perkembangan)	Paraf
Jumat, 22 Desember 2023	1,2,3,4	07.00	1. Melakukan timbang terima dengan perawat shift malam didapatkan k/u cukup, GCS 456, pasien mengeluh pusing nggeliyeng masih dirasakan, terapi lanjut	LH	Jumat, 22 Septemb er 2023, 14.00 WIB	<b>DX 1</b> <b>S :</b> Pasien mengatakan pusing nggeliyeng <b>O :</b> Pasien tampak meringis setiap nyeri kepala datang. Tensi 140/90mmHg, Nadi 89x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,2°C, SPO <sub>2</sub> 99%. Pengakajian nyeri : P : CVA Infark Q : Ngeliyeng R : Seluruh kepala S : Numerik Skore 6	LH
	1,2,3,4	08.00	2. Mengganti infus NS 500ml dan mengatur tetesan infus 20tpm	LH			
	1	08.03	3. Memberikan injeksi santagesik 500mg, omeprazole 40mg, citicolin 250mg, mecobalamin 500mg.	LH			
	1	08.07	4. Memberikan obat oral ASA 80mg	LH			
	1	08.10	5. Mengukur tanda-tanda vital pasien ; Tensi 140/90mmHg,	LH			

			Nadi 89x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,2°C, SPO <sub>2</sub> 99%			T : 10 detik, Hilang-timbul	
	1,2,3,4	08.15	6. Menanyakan keluhan pasien	<b>LH</b>		<b>A :</b> Masalah belum teratasi	
	1	08.20	7. Mengkaji nyeri pasien	<b>LH</b>		<b>P :</b> Lanjutkan intervensi 1,2,7,8,10	
	1	08.30	8. Memberikan informasi tentang cara mengatasi nyeri : teknik relaksasi progresif	<b>LH</b>		<b>DX 2</b>	<b>LH</b>
	2	11.00	9. Mengkaji kemampuan pasien untuk mobilisasi	<b>LH</b>		<b>S :</b> Pasien mengatakan seluruh tubuh bagian kiri masih terasa lemah dan terasa kesemutan	
	2	11.05	10. Mengukur kekuatan otot	<b>LH</b>		<b>O:</b> Kekuatan otot menurun	
	2	11.07	11. Mengajarkan pasien tentang teknik ambulasi : ROM	<b>LH</b>		3333   5555 ----- 3333   5555	
	3	11.15	12. Memberikan komunikasi informasi edukasi keluarga dan pasien tentang kebersihan diri selama hospitalisasi	<b>LH</b>		<b>A:</b> Masalah belum teratasi	
	4	13.00	13. Mengubah posisi miring kanan dan miring kiri setiap 2 jam	<b>LH</b>			
	4	13.05	14. Memberikan komunikasi	<b>LH</b>			

	4	13.10	<p>informasi edukasi untuk minum air putih 2 liter setiap hari</p> <p>15. Memberikan komunikasi informasi dan edukasi untuk mengkonsumsi banyak buah dan sayur selama hospitalisasi</p>	<b>LH</b>		<p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi 1,3.</p> <p><b>DX 3</b></p> <p><b>S :</b> -</p> <p><b>O :</b> Rambut pasien masih terlihat berminyak, kuku pasien panjang dan kotor.</p> <p><b>A :</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi 3, 6.</p>	<b>LH</b>
		14.00	<p>16. Melakukan timbang terima dengan perawat shift sore didapatkan k/u cukup, GCS 456, pasien mengeluh pusing berkurang terapi lanjut.</p>	<b>LH</b>		<p><b>Dx 4</b></p> <p><b>S:</b> -</p> <p><b>O:</b></p>	<b>LH</b>

						<p>Kekuatan otot pasien lemah</p> <p><b>A:</b></p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p><b>P:</b></p> <p>Lanjutkan intervensi 2,3.</p>	
Sabtu , 23 Desember 2023	1,2,3,4	14.00	1. Melakukan timbang terima dengan perawat shift pagi didapatkan k/u cukup, GCS 456, pasien mengeluh nyeri kepala berkurang, infus ganti plug, terapi lanjut	<b>LH</b>	Sabtu,23 Septemb er 2023, 21.00 WIB	<p><b>DX 1</b></p> <p><b>S :</b></p> <p>Pasien mengatakan nyeri kepala berkurang</p> <p><b>O :</b></p> <p>Pasien tampak berexpressi datar setiap nyeri kepala datang.</p> <p>Tensi 130/90mmHg, Nadi 81x/menit, RR 18x/menit, Suhu 35,9°C, SPO<sub>2</sub> 98%.</p> <p>Pengakajian nyeri :</p>	<b>LH</b>
	1,2,3,4	15.00	2. Mengganti infus plug	<b>LH</b>			
	1	15.05	3. Memberikan injeksi santagesik 500mg, citicolin 250mg	<b>LH</b>			
	1	15.10	4. Mengukur tanda-tanda vital pasien ; Tensi 130/90mmHg,	<b>LH</b>			

			Nadi 81x/menit, RR 18x/menit, Suhu 35,9°C, SPO <sub>2</sub> 98%			P : CVA Infark Q : Cenuk-cenuk R : Belakang kepala S : Numerik Skore 4 T : 5 detik, Hilang-timbul A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1,2,7,8,10  <b>DX 2</b> S : Pasien mengatakan seluruh tubuh bagian kiri masih terasa lemah, tetapi tangan kiri sudah mulai bisa digerakkan dan kesemutan berkurang O : Kekuatan otot menurun	
1,2,3,4	15.17	5.	Menanyakan keluhan pasien	<b>LH</b>			
1	15.20	6.	Mengkaji nyeri pasien	<b>LH</b>			
2	16.00	7.	Mengkaji kemampuan pasien untuk mobilisasi	<b>LH</b>			
2	16.05	8.	Mengukur kekuatan otot	<b>LH</b>			
	16.10	9.	Mengajarkan pasien tentang teknik ambulasi	<b>LH</b>			
2							
3	16.20	10.	Membantu pasien mencuci rambut	<b>LH</b>			
3	16.40	11.	Membersihkan kuku pasien	<b>LH</b>			
4	19.00	12.	Mengubah posisi miring kanan dan miring kiri setiap 2 jam	<b>LH</b>			
4	19.05	13.	Menanyakan pasien sudah minum air berapa liter hari ini	<b>LH</b>			
4	19.10	14.	Menanyakan pasien apakah sudah makan buah dan sayur hari ini	<b>LH</b>			
		15.	Melakukan timbang terima				<b>LH</b>

	1,2,3,4	21.00	dengan perawat shift malam didapatkan k/u cukup, GCS 456, pasien sudah terpasang plug terapi lanjut.	<p><b>LH</b></p> <p><b>LH</b></p> <p><b>LH</b></p>		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">4444</td> <td style="text-align: center;">5555</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3333</td> <td style="text-align: center;">5555</td> </tr> </table>	4444	5555	3333	5555	<p><b>A:</b> Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi 1,3.</p> <p><b>DX 3</b></p> <p><b>S :</b> -</p> <p><b>O :</b> Rambut pasien sudah tidak berminyak, terlihat rapi dan wangi, kuku pasien pendek dan bersih</p> <p><b>A :</b> Masalah teratasi</p>	<b>LH</b>
4444	5555											
3333	5555											

					<p><b>P :</b> Pertahankan intervensi 3, 6.</p> <p><b>Dx 4</b></p> <p><b>S:</b> Pasien mengatakan sudah habis 1 liter air, dan pasien sudah menghabiskan 1 buah pisang dan 1 porsi sayur sop dari masakan rumah sakit</p> <p><b>O:</b> Kekuatan otot pasien mulai membaik</p> <p><b>A:</b> Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Pertahankan intervensi 2,3.</p>	<b>LH</b>
--	--	--	--	--	--	-----------

Minggu , 24 Desember 2023	1,2,3,4	21.00	1. Melakukan timbang terima dengan perawat shift sore didapatkan k/u cukup, GCS 456, pasien sudah tidak mengeluh nyeri, terapi omeprazole stop, terapi lain lanjut.	<b>LH</b>	Minggu, 24 Septemb er 2023, 07.00 WIB	<b>DX 1</b> <b>S :</b> Pasien mengatakan nyeri kepala berkurang banyak <b>O :</b> Pasien kadang sudah tidak merasakan nyeri Tensi 120/90mmHg, Nadi 88x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,2°C, SPO <sub>2</sub> 99%. Pengakajian nyeri : P : CVA Infark Q : cunut-cunut R : Belakang kepala S : Numerik Skore 2 T : 2 detik, Hilang-timbul <b>A :</b> Masalah teratasi sebagian
	1,2,3,4	21.15	2. Memberikan injeksi santagesik 500mg	<b>LH</b>		
	1	21.20	3. Memberikan obat oral CPG 75mg	<b>LH</b>		
	1,2,3,4	21.25	3. Mengukur tanda-tanda vital pasien ; Tensi 120/80mmHg, Nadi 88x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,2°C, SPO <sub>2</sub> 99%	<b>LH</b>		
			4. Menanyakan keluhan pasien			
			5. Mengkaji nyeri pasien			
	1,2,3,4	21.30	6. Mengkaji kemampuan pasien untuk mobilisasi	<b>LH</b>		
	1	21.32		<b>LH</b>		
	2	21.38	7. Mengukur kekuatan otot	<b>LH</b>		
			8. Mengubah posisi miring kanan dan			

	2	21.40	miring kiri setiap 2 jam	<b>LH</b>		<b>P :</b>					
	3	21.47	9. Menanyakan pasien sudah minum air berapa liter hari ini	<b>LH</b>		Hentikan intervensi					
	4	21.50	10. Menanyakan pasien apakah sudah makan buah dan sayur hari ini	<b>LH</b>		<b>DX 2</b>					
	4	21.55	11. Melakukan timbang terima dengan perawat shift pagi didapatkan k/u cukup, GCS 456, pasien diijikan pulang, terapi pulang diapotik.	<b>LH</b>		<b>S :</b>	Pasien mengatakan tubuh bagian kiri sudah mulai bisa digerakkan				
	1,2,3,4	07.00		<b>LH</b>		<b>O:</b>	Kekuatan otot menurun				
							<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4444</td> <td style="padding: 0 10px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4444</td> <td style="padding: 0 10px;">5555</td> </tr> </table>	4444	5555	4444	5555
4444	5555										
4444	5555										
						<b>A:</b>	Masalah teratasi sebagian				
						<b>P:</b>	Hentikan intervensi				

					<p><b>DX 3</b></p> <p><b>S :</b> Pasien mengatakan sudah mandi</p> <p><b>O :</b> Pasien tampak bersih dan rapi</p> <p><b>A :</b> Masalah teratasi</p> <p><b>P :</b> Hentikan intervensi</p> <p><b>Dx 4</b></p> <p><b>S:</b> Pasien tidak ada luka tirah baring, Pasien mengatakan sudah habis 2 liter air, dan pasien sudah menghabiskan 2 buah pisang dan 3 porsi sayur sop</p>	
--	--	--	--	--	--	--

						<p>dari masakan rumah sakit</p> <p><b>O:</b> Kekuatan otot pasien mulai membaik</p> <p><b>A:</b> Masalah teratasi</p> <p><b>P:</b> Hentikan intervensi</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka dalam Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan diagnosis CVA Infark di Ruang Rawat Inap Melati RS Bhayangkara Tulungagung yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi

#### **4.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisanya (Nuzullah, 2019). Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan kooperatif. Pada dasarnya pengkajian dengan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan, namun gambaran klinis yang ada pada tinjauan pustaka tidak semua dialami oleh pasien. Pengkajian kasus didapatkan data pasien adalah seorang perempuan berusia 51 tahun. Selvirawati (2020) menjelaskan bahwa usia diatas 55 tahun merupakan resiko tinggi terjadinya stroke, jenis kelamin laki-laki lebih tinggi 30% dibandingkan wanita. Menurut penulis pasien mengalami stroke bukan disebabkan karena faktor usia dan jenis kelamin melainkan faktor lain seperti gaya hidup yang tidak sehat.

Pada keluhan utama dan penyakit sekarang data didapatkan pasien mengeluh nyeri kepala terasa seperti gliyengan disertai lemas anggota gerak kiri secara tiba-tiba setelah pasien pergi dari kamar mandi. Menurut Ferdayanti (2022), kronologis peristiwa CVA Infark sering terjadi setelah

melakukan aktivitas tiba-tiba terjadi keluhan neurologis seperti : sakit kepala hebat, penurunan kesadaran, kelemahan anggota tubuh. Menurut penulis keluhan pasien disebabkan karena terganggunya sistem neurologis yang diakibatkan oleh penyumbatan pembuluh darah.

Pada riwayat kesehatan dahulu pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi, hal tersebut sesuai dengan pernyataan Ferdayanti (2022) yaitu riwayat penyakit terdahulu pasien dengan CVA Infark adalah pasien yang pernah menderita penyakit DM, CVA, Hipertensi, kelainan jantung, pernah TIA, karena hal ini berhubungan dengan penurunan kualitas pembuluh darah.

Pada pengkajian sistem pernafasan ditinjauan pustaka didapatkan bentuk dada dan gerakan pernafasan simetris, ada batuk, serta perubahan kedalaman nafas, adanya ronchi akibat penumpukan secret dan penurunan kesadaran pada pasien, pada pasien yang sadar baik sering kali tidak ditemukan kelainan pada sistem pernafasan (Muttaqin, 2018). Hal tersebut sesuai pada tinjauan kasus, yaitu pasien memiliki kesadaran composmentis sehingga tidak ditemukan akumulasi sekret karena pasien tidak batuk dan dalam keadaan sadar sehingga fungsi pernafasan baik.

Pada pengkajian sistem sirkulasi darah ditinjauan pustaka didapatkan dapat terjadi hipotensi atau hipertensi, denyut jantung irreguler, adanya murmur (Muttaqin, 2018). Sedangkan, pada tinjauan kasus didapatkan pasien memiliki tekanan darah 160/80 mmHg dengan MAP 106.7 mmHg (Normal 70-110 mmHg), denyut jantung reguler dengan frekuensi 87x/menit dengan auskultasi jantung S1 dan S2 tunggal. Menurut Tarwoto (2013) didapatkan renjata syok hipovolemik sering terjadi pada pasien stroke. Tekanan darah

biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masih (tekanan >200 mmHg). Menurut penulis Ny.S sudah tida mengalami hipertensi karena sudah mendapatkan pengobatan sewaktu masuk rumah sakit.

Pada pemeriksaan persyarafan dan tulang didapatkan pasien Kesadaran composmentis, GCS E4V5E6 total 15, tidak terdapat lesi , didapatkan nyeri kepala, reflek cahaya positif, pupil isokor, bentuk hidung simetris, tidak ada polip, tidak ada gangguan pada telinga kanan dan kiri, bicara tidak pelo, reflek minum dan makan baik, berdasarkan pemeriksaan reflek fisiologis +/+ (patella +/+, trisep +/+, bisep +/+, Achilles +/+), untuk reflek patologi -/- (babinsky- /-, brudzinky- /-, kernig- /-). Nervus kranial saat dilakukan pengkajian didapatkan kelemahan fisik pada ekstremitas atas dan bawah bagian kiri. yaitu pada Nervus XI (Assesorius ): pasien kesulitan mengangkat lengan dan kaki bagian bawah kiri. Hal ini sesuai pernyataan Tarwoto (2013), kelumpuhan anggota badan sebelah (hemiparase) yang timbul secara mendadak terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot vulerter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi. Menurut penulis pada Ny.S terjadi hemiparase sinistra diakibatkan oleh penurunan sirkulasi darah yang mengakibatkan diotak tifak dapat diperdarahi darah secara maksimal sehingga nervus XI mengalami gangguan.

Pada sistem perkemihan menurut Ferdayanti (2022), setelah stroke pasien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi,

ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan control motorik dan postural. Kadang control sfingter urin eksternal hilang atau berkurang. Pada tinjauan kasus pasien dapat BAK dengan menggunakan urinal, tidak ada distensi kandung kemih, tidak terdengar bunyi timpani pada abdomen. Balance cairan didapatkan dari infus 1500cc/24 jam, minum 1000cc/24 jam, total intake 2500cc/24 jam. Output urine 2000cc/jam, total balance cairan +500cc/24 jam. Menurut penulis hal ini terjadi karena control sfingter urine pasien masih bisa dipertahankan.

Pengkajian pada sistem pencernaan menurut Ferdayanti (2022) Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai munta disebabkan karena peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas. Pada tinjauan kasus pasien bisa makan langsung lewa mulut, saat MRS pasien makan 2x dengan takaran  $\frac{1}{2}$  porsi habis dikarenakan nafsu makan menurun karena ketidakcocokan dalam hal rasa dan menu. Menurut pendapat penulis pasien dengan kesadaran komposmentis dan tidak memiliki gangguan sirkulasi dapat makan secara langsung melalui mulut karena tidak ada kesulitan untuk menelan.

#### **4.2 Diagnosa**

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial dimana berdasarkan pendidikan dan pengalaman, perawat secara akuntabilitas

dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga atau menurunkan membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Ferdayanti 2022). Pada Ny. S muncul 4 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (penekanan pembuluh darah otak) (**SDKI Hal 172, Kode D.0077**).
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (**SDKI Hal 124, Kode D.0054**).
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (**SDKI Hal 240, Kode D.0109**).
4. Resiko kerusakan integritas kulit/jaringan ditandai dengan kelemahan otot (**SDKI Hal 300, Kode D. 0139**).

Dari empat diagnosis keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus tidak semua ada pada tinjauan pustaka. Terdapat satu diagnosis yang muncul pada tinjauan pustaka yaitu :

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Dari empat diagnosis keperawatan pada tinjauan pustaka tidak semua ada pada tinjauan kasus yaitu :

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik). Penulis tidak menggunakan diagnosa tersebut karena Ny.S sudah tidak terjadi hipertensi tidak ada edema serebral.

- b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Penulis tidak menggunakan diagnosa tersebut karena Ny.S tidak mengalami gangguan dalam berkomunikasi/pelo.
- c. Resiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan otot menelan dan mengunyah. Penulis tidak menggunakan diagnosa ini karena pasien mampu makan secara langsung melalui mulut. Meskipun ada penurunan pola makan tapi jika menu dan rasa disesuaikan dengan pasien maka nafsu makan pasien meningkat.

### 4.3 Intervensi

Menurut PPNI (2018) intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (penekanan pembuluh darah otak) (**SDKI Hal 172, Kode D.0077**). Pada tinjauan pustaka dan kasus untuk melakukan perencanaan ini dilakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, kurangi faktor presipitasi nyeri, kaji tipe dan sumber nyeri, ajarkan teknik non farmakologi seperti nafas nala, relaksasi, distraksi, kompres hangat/dingin, tingkatkan istirahat, berikan informais tentang nyeri seperti penyebab nyeri, dan kolaborasi pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri. Dari

paparan tersebut diharapkan Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri), Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, Tanda vital dalam rentang normal (TD: 120/80 mmHg, Nadi: 80-100 x/menit, RR: 18-24 x/menit, Suhu: 36-37,5°C), Tidak mengalami gangguan tidur.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (**SDKI Hal, 124, Kode D.0054**). Pada tinjauan pustaka dan kasus untuk melakukan perencanaan ini dilakukan pengkajian kemampuan pasien dalam mobilisasi, monitor tanda vital, ajarkan pasien teknik ambulasi, ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika perlu, konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi. Dari paparan tersebut diharapkan pasien dapat meningkatkan kemampuan dalam beraktivitas, pasien dapat mengungkapkan perasaan terkait peningkatan kemampuan berpindah, memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi.
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (**SDKI Hal 240, Kode D.0109**). Pada tinjauan pustaka dan kasus dalam melakukan perencanaan ini dilakukan penentuan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan pasien, memfasilitasi pasien untuk hygiene oral, fasilitasi pasien mandi, memantau integritas kulit pasien, dan mengajarkan pasien dan keluarga tentang menjaga kebersihan diri. Dari paparan tersebut

diharapkan pasien dapat memenuhi ADL mandiri atau dengan alat bantu, pasien mampu mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri atau dengan alat bantu.

4. Resiko kerusakan integritas kulit/jaringan ditandai dengan kelemahan otot (**SDKI Hal 300, Kode D.0139**). Pada tinjauan pustaka dan kasus dalam melakukan perencanaan ini dilakukan identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring, lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, bersihkan perinial dengan air hangat, anjurkan minum air cukup, anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur. Dari paparan tersebut diharapkan pasien dapat mempertahankan hidrasi kulit, pasien dapat mengatasi kemerahan pada kulit, pasien dapat memperbaiki kerusakan jaringan.

#### **4.4 Implementasi**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2011). Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (penekanan pembuluh darah otak).

Pada studi kasus pasien mengeluh nyeri kepala seperti gliyeng dengan skala nyeri numerik skore 6. Nyeri kepala mulai ringan hingga berat sering kali dirasakan pada penderita darah tinggi, jika nyeri tidak dikelola dengan baik maka dapat menyebabkan timbulnya masalah seperti gangguan

jantung dan gangguan syaraf. Salah satu implementasi keperawatan mandiri untuk mengurangi nyeri kepala adalah dengan terapi rileksasi otot progresif (Ernawati, 2020). Pada penelitian Ernawati (2020) menyebutkan bahwa pada hasil study kasus pasien dengan diberikan terapi rilaksasi nafas dalam menunjukan peningkatan mekanisme rilaksasi ototnya. Hal tersebut membuat peneliti berasumsi bahwa terapi rilaksasi otot progresif dapat menurunkan nyeri kepala, meningkatkan ventilasi paru, dan menurunkan tekanan otot .

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan otot.

Pada study kasus pasien diperoleh kekuatan otot dengan skore 3 pada ekstremitas kiri dan skore 5 pada ekstremitas kanan. Pasien dengan CVA Infark sering mengalami masalah pada neuromuskuloskeletal yang dapat berpengaruh terhadap kemampuan mobilitas pasien (Nurshiyam, 2020). Penerapan ROM merupakan salah satu intervensi utama pada gangguan mobilitas fisik. Melatih ROM aktif maupun pasif bertujuan untuk membantu mengembangkan cara untuk mengimbangi paralisis yang dialami pasien melalui penggunaan otot yang masih mempunyai fungsi normal, membantu membentuk adanya kekuatan dan mengontrol sisa pengaruh pada otot akibat stroke (Nurshiyam, 2020). Berdasarkan hal tersebut penulis berasumsi bahwa pelatihan ROM pada pasien dengan CVA infark dapat meningkatkan pergerakan aktivitas fisik pada pasien.

3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.

Pada study kasus kebersihan diri pasien seperti rambut dan kuku pasien tidak terawat dengan baik. Kebersihan diri (*Personal hygiene*) merupakan

hal penting yang harus diperhatikan karena mempengaruhi kesehatan dan psikis seseorang, selain itu pemeliharaan *personal hygiene* diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan, dan kesehatan (Tarwoto, 2012). Penelitian Pertiwi (2012) dalam Fadilah (2022) di Rumahsakit Muhammadiyah Yogyakarta diperoleh gambaran bahwa 40% dari 47 pasien stroke mengatakan tidak diabnu untuk mandi, menggosok gigi, dan membersihkan mulut, 42% mengatakan tidak pernah membersihkan dan memotong kuku, serta 42% tidak pernah dibantu untuk membersihkan atau merapikan rambut. Hal tersebut dapat berdampak buruk ketika kebersihan diri tidak terpenuhi terutama pada pasien stroke adalah dapat menyebabkan gangguan fisik berupa gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, gangguan pada kuku. Adapun gangguan psikosisal adalah gangguan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, dan gangguan interaksi sosial (Fadilah, 2022). Penulis berasumsi bahwa kebutuhan *personal hygiene* pada pasien dapat mempercepat proses penyembuhan, diharapkan keluarga dapat memotivasi pasien untuk melakukan perawatan diri secara mandiri atau dengan bantuan minimal dan keluarga dapat memberikan bantuan perawatan diri terhadap pasien.

4. Resiko kerusakan integritas kulit/jaringan ditandai dengan penurunan mobilitas.

Pada study kasus didapatkan data objektif pasien mengalami kelemahan otot. Gangguan aliran darah pada otak mengakibatkan rusanya jalur motorik, sehingga memungkinkan terjadinya disfungsi berupa hemiplegia

atau hemiparesis yang menyebabkan kemunduran mobilitas dan berdampak keterbatasan pasien melakukan aktivitas gerak dan hanya berbaring ditempat tidur. Tirah baring dapat mengakibatkan gangguan sirkulasi perifer yang berujung pada resiko gangguan integritas kulit akibat adanya mekanisme tekanan secara konstan dan durasi yang lama. Bagian tulang yang menonjol dapat menyebabkan destruksi dan perubahan irreversibel jaringan sehingga memicu masalah baru yaitu luka tekan dan dapat menyebabkan jaringan iskemik (Rahmayanti, 2021). Hal tersebut membuat penulis berasumsi bahwa pentingnya menerapkan manajemen perawatan integritas kulit yang berguna menunjang gerakan pencegahan terjadinya luka baring dengan pengubahan posisi tiap 2 jam jika tirah baring, emalkukan pemijatan diarea penonjolan tulang, membersihkan perianal, memberikan lotion kulit, dan menganjurkan pasien untuk minum air putih secukupnya dan banyak mengkonsumsi buah dan sayur.

#### **4.5 Evaluasi**

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dan tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain.(Olfah, 2016).

Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (penekanan pembuluh darah otak) disimpulkan bahwa masalah keperawatan teratasi sebagian karena sebagian masalah belum selesai dengan tujuam yang ditetapkan oleh perawat yaitu pasien tidak mengalami nyeri. Respon pasien terhadap nyeri didapatkan skore NRS dua dengan regional belakan kepala terasa cunut-cunut dengan durasi 2 deting frekuensi hilang-timbul namun,

pasien merasa nyeri kepala berkurang banyak. Saat dilakukan pengukuran vital sign didapatkan hasil dalam batas normal yaitu Tekanan darah 120/90mmHg, Nadi 88x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,2°C, SPO2 99%.

Pada diagnosa kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot disimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien teratasi sebagian karena aebagian belum sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu mobilitas fisik terpenuhi. Adapun respon pasien saat mendapatkan latihan ROM yaitu pasien mengatakan tubuh bagian kiri sudah mulai bisa digerakkan dengan kekuatan otot meningkat dari nila tiga menjadi empat.

Pada diagnosa ketiga yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal masalah teratasi karena pasien sudah mampu mandi secara mandiri atau menggunakan bantuan alat, sehingga pasien dapat menjaga kebersihan diri secara mandiri. Menurut peneliti evaluasi yang didapatkan sudah memenuhi kriteria hasil defisit perawatan diri yaitu pasien mampu kooperatif dalam pemenuhan kebersihan diri.

Pada diagnosa keempat yaitu resiko kerusakan integritas kulit/jaringan ditandai dengan kelemahan otot masalah teratasi dikarenakan pasien tidak ada luka tirah baring dan respon pasien terhadap intervensi yang diberikan peneliti yaitu pasien mampu menghabiskan 2 liter air, mengkonsumsi buah, dan sayur.

## **BAB 5**

### **KESIMPULAN**

#### **1.1 Kesimpulan**

Dari hasil uraian yang telah dideskripsikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa CVA Infark, penulis mendapatkan kesimpulan sebagai berikut :

1. Fokus pengkajian pada Ny.S yaitu pemeriksaan persyarafan dan tulang didapatkan pasien Kesadaran composmentis, GCS E4V5E6 total 15, didapatkan nyeri kepala, reflek cahaya positif, pupil isokor, bentuk hidung simetris, tidak ada polip, tidak ada gangguan pada telinga kanan dan kiri, tidak ada lesi, bicara tidak pelo, reflek minum dan makan baik, berdasarkan pemeriksaan reflek fisiologis + /+ (patella + /+, trisep + /+, bisep + /+, Achilles + /+), untuk reflek patologi - /- (babinsky- /-, brudzinky- /-, kernig- /-). Nervus kranial saat dilakukan pengkajian didapatkan kelemahan fisik pada ekstremitas atas dan bawah bagian kiri. yaitu pada Nervus XI (Assessorius ): pasien kesulitan mengangkat lengan dan kaki bagian bawah kiri.
2. Berdasarkan diagnosa keperawatan dapat diangkat 4 diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (penekanan pembuluh darah diotak), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, dan resiko kerusakan integritas kulit/jaringan ditandai dengan penurunan mobilitas.

3. Intervensi dan implementasi keperawatan yang terdapat dalam tinjauan pustaka tidak semuanya tercantum pada tinjauan kasus, intervensi yang disusun penulis menyesuaikan diagnosis yang ditemukan pada pasien secara langsung. Adapun intervensi dan implementasi yang diberikan penulis pada kasus ini adalah pemberian terapi relaksasi otot progresif untuk mengurangi nyeri, terapi ROM untuk melatih mobilitas fisik, menganjurkan perawatan diri untuk menjaga kebersihan diri pasien, dan menganjurkan pasien untuk banyak mengonsumsi buah, sayur, dan air untuk membantu mengatasi risiko kerusakan integritas kulit.
4. Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 22 Desember 2023 sampai 24 Desember 2023. Dalam pemberian asuhan keperawatan ini mengacu pada kriteria hasil dan rencana tindakan untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut
5. Evaluasi proses asuhan keperawatan pada pasien belum tercapai sepenuhnya. Hal ini disebabkan karena terbatasnya waktu dan kondisi pasien pulang.
6. Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan dalam tertulis dileakan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangan pada Ny. S.

## **1.2 Saran**

1. Bagi Rumah sakit

Sebagai bahan masukan, informasi, dan kepustakaan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien CVA Infark .

2. Bagi institusi pendidikan

Hasil penulisan laporan studi kasus ini dapat digunakan referensi bagi pelajar mengenai konsep dan asuhan keperawatan pasien CVA Infark.

3. Bagi pasien dan keluarga

Hasil penulisan laporan studi kasus ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pasien dan keluarga tentang penyakit CVA Infark serta penatalaksananya.

4. Bagi mahasiswa

Hasil penulisan laporan studi kasus ini diharapkan dapat membawa manfaat dan menambah wawasan bagi mahasiswa dalam pengerjaan tugas asuhan keperawatan CVA Infark sehingga dapat diaplikasikan ke pasien secara langsung.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggraheni, D.F. 2020. Asuhan Keperawatan pada Tn. J dengan Diagnosa Medis CVA Infark di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruhan. Akademi Keperawatan Kerta Cendekia : Sidoarjo.
- Bolon, C. M. T., dkk. 2020. Anatomi dan Fisiologi untuk Mahasiswa Kebidanan. Medan: Yayasan Kita Menulis. Doenges, M. E., M. F. Moorhouse, dan A. C. Murr. 2014. Nursing Care Plan Guidelines for
- Ferdayanti, I.M, 2022. Asuhan Keperawatan Pada Tn.E Dengan Diagnosis Medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya. Program Studi D3 STIKES Hang Tuah Surabaya: Tesis tidak dipublikasikan
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2023. World Stroke Day 2023, Greater Than Stroke, Kenali dan Kendalikan Stroke, diakses 7 Februari 2024, [Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan \(kemkes.go.id\)](https://kemkes.go.id)
- Mutaqin. 2018. Tatalaksana stroke dan penyakit vaskuler lain. Jakarta:Salemba Medika.
- Muttaqin A. 2008. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam. 2014. Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional (4th ed.; A. Suslia, ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Nuzullah, V.2019. Asuhan Keperawatan pada Ny. K dengan Diagnosa Medis Cerebrovaskuler Accident (CVA) Infark di Ruang ICY Central Rumkital

Dr.Ramelan Surabaya. Program Studi D3 STIKES Hang Tuah Surabaya:  
Tesis tidak dipublikasikan.

P2PTM Kemenkes RI, 2018, Apa itu Stroke?

PPNI PPNI. 2019. Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi dan  
Kreteria Hasil Keperawatan. Jakarta: DPP PPNI

PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi dan  
Indikator Diagnostik. Jakarta: DPP PPNI

PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi dan  
Tindakan Keperawatan. Jakarta: DPP

Rahmayanti, A. 2021. Studi Lteratur Asuhan Keperawatan pada klien stroke non-  
hemoragik dengan resiko gangguan kerusakan integritas kulit. *Tirtayasa  
medical journal*. Vol.1:1.

Selvirawati. 2020. Perbedaan profil lipid pasien stroke iskemik dan stroke  
hemoragik di RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh. *Jurnal medika  
Mahayati* 3(3). [\\_ejournalmalahayati.ac.id](http://ejournalmalahayati.ac.id).

World Health Organization. 2019. World Stroke Day 2019.  
[https://www.who.int/southeastasia/news/speeches/detail/world-stroke-  
day2019](https://www.who.int/southeastasia/news/speeches/detail/world-stroke-day2019) .

World Stroke Organization. 2022. WSO Global Stroke Fact Sheet 2022,diakses7  
Februari 2024, [WSO Global Stroke Fact Sheet 2022 | World Stroke  
Organization \(world-stroke.org\)](https://www.world-stroke.org/global-stroke-fact-sheet-2022).

## Lampiran 1

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR**  
**TEKNIK RELAKSASI PROGRESIF**

<b>Pengertian</b>	Teknik relaksasi progresif merupakan teknik relaksasi otot dalam yang tidak memerlukan imajinasi, ketekunan atau sugesti.
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengurangi nyeri</li> <li>2. Mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga menurunkan stimulus nyeri</li> </ol>
<b>Indikasi</b>	Metode efektif untuk pasien yang mengalami nyeri
<b>Kontraindikasi</b>	-
<b>Persiapan Pasien</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, perkenalkan diri anda, dan indentifikasi pasien dengan memeriksa indentitas pasien secara cermat. Kaji toleransi aktivitas, kekuatan, nyeri, koordinasi, dan keseimbangan pasien.</li> <li>2. Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan pasien</li> <li>3. Minta oengunjung untuk meninggalkan ruangan, beri privasi kepada pasien</li> <li>4. Atur posisi pasien sehingga merasakan aman dan nyaman</li> </ol>
<b>Persiapan Alat</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lingkungan/ruangan yang tenang</li> <li>2. Tempat tidur/kursi yang nyaman</li> </ol>

<b>Cara Kerja</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya</li> <li>2. Atur posisi pasien berbaring atau duduk dikursi dengan kepala ditopang</li> <li>3. Jelaskan tentang empat kelompok otot utama bagian tubuh yang akan digunakan dalam teknik relaksasi antara lain :       <ol style="list-style-type: none"> <li>5.4 Tangan, lengan bawah, dan otot</li> <li>5.5 Kepala, muka, tenggorokan, dan bahu, termasuk pemusatan perhatian pada dahi, pipi, hidung, mata, rahang, bibir, lidah dan leher</li> <li>5.6 Dada, lambung, punggung bagian bawah</li> <li>5.7 Paha, pantat, betis dan kaki</li> <li>5.8 Tangan, lengan bawah dan otot biseps</li> </ol> </li> <li>4. Anjurkan pasien untuk mencari posisi yang nyaman</li> <li>5. Bimbing pasien untuk melkakukan teknik relaksasi dibawah ini (prosedur diulang paling tida satu kali). Jika area tetang tegang dapat diulang lima kali dengan melihat respons pasien.       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kepalkan kedua telapak tangan, lalu kencangkan biseps dan lengan bawah selama lima sampai tujuh detik.</li> <li>b. Bimbing pasien ke daerah otot yang tegang, anjurkan pasien untuk merasakannya, dan tegangkan otot sepenuhnya kemudian relakskan</li> </ol> </li> </ol>
-------------------	--

	<p>selama 12-30 detik</p> <p>c. Kerutkan dahi keatas pada sat yang sama, tekan kepala sejauh mungkin ke belakang, putar searah jarum jam dan kebalikannya. Kemudian anjurkan pasien utnuk mengerutkan otot muka seperti kenari : cemberut, mata dikedip-kedipkan, bibir dimonyongkan selama 5-6 detik. Bimbing pasien ke daerah otot yang tegang, anjurkan pasien untuk memikirkan rasanya dan tegangkan otot sepenuhnya dna kemudian rilekskan selama 12-30 detik.</p> <p>d. Lengkungkan punggung kebelakang sambil menarik nafas dalam, tekan keluar lambung lalu rileks. Tarik nafas dalam tekan keluar perut tahan dan rileks.</p> <p>e. Tarik kaki dan ibu jari kebelakang mengarah ke muka, tahan, dan rileks. Lipat ibu jar secara serentak, kencangkan paha, betis, paha, dan pantat selama 5-7 detik, bimbing pasien kedaerah yang tegang, lalu anjurkan pasien untuk merasakannya, dan tegangkan otot sepenuhnya kemudian rilaks selama 12-30 detik.</p> <p>6. Selama melaukan teknik relaksasi, catat respon non verbal pasien. Jia pasien menjadi agiltasi/tidak</p>
--	--

	<p>nyaman, hentikan latihan, dan jika pasien terlihat kesulitan. Rilasasi hanya pada sebagian tubuh saja. Lambatkan kecepatan latihan dan berkonsentrasi pada bagian yang tegang (pasien harus mengetahui dari awal bahwa latihan ini dapat dihentikan kapanpun)</p> <p>7. Dokumentasikan dalam catatan perawat, respons pasien terhadap teknik relaksasi dan perubahan tingkat kenyamanan pasien</p> <p>8. Berikan reinforcement pada pasien</p> <p>9. Buat kontrak pertemuan selanjutnya</p> <p>10. Akhiri kegiatan dengan baik.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Hasil</b></p>	<p>Dokumentasikan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanggal/jam pemberian tindakan</li> <li>2. Nama tindakan</li> <li>3. Respon pasien selama tindakan (subjektif dan objektif termasuk skala nyeri)</li> <li>4. Nama dan paraf perawat</li> </ol>
<p><b>Hal-hal yang diperlukan</b></p>	<p>-</p>

## STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

### RANGE OF MOTION (ROM)

<b>Pengertian</b>	Latihan gerak aktif-pasief atau ROM adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengurangi kekuatan pada sendiri dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan secara aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien</li> <li>2. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot</li> </ol>
<b>Indikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien yang mengalami hambatan mobilitas fisik</li> <li>2. Pasien yang mengalami keterbatasan rentang gerak</li> </ol>
<b>Kontraindikasi</b>	-
<b>Persiapan Pasien</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, perkenalkan diri anda, dan indentifikasi pasien dengan memeriksa indentitas pasien secara cermat.</li> <li>2. Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan pasien</li> <li>3. Minta pengunjung untuk meninggalkan ruangan, beri privasi kepada pasien</li> <li>4. Atur posisi pasien sehingga merasakan aman dan nyaman</li> </ol>

<p><b>Persiapan Alat</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lingkungan/ruangan yang tenang</li> <li>2. Tempat tidur/kursi yang nyaman</li> </ol>
<p><b>Cara Kerja</b></p>	<p>Gerakan ROM</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leher Tekuk kepala kebawah dan keatas lalu menoleh kesamping kanan dan kiri</li> <li>2. Lengan/pundak Angkat tangan keatas lalu kembali kebawah, setelah itu kesamping dan kebawah lagi</li> <li>3. Siku Dengan menekuk lengan, gerakan ke atas dan kebawah</li> <li>4. Pergelangan tangan Tekuk pergelangan tangan kedalam dan keluar lalu kesamping kiri dan ke kanan</li> <li>5. Jari tangan Tekuk keempat jari tangan kearah dalam lalu regangkan kembali. Kepalkan seluruh jari lalu buka. Tekuk tiap jari satu persatu.</li> <li>6. Lutut Angkat kaki ketas lalu lutut ditekut kemudian diturunkan lagi. Gerakan kaki kesamping kanan dan kiri lalu putar kearah dalam dan luar</li> <li>7. Pegelangan kaki</li> </ol>

	<p>Tekuk pergelangan kaki ketas lalu luruskan. Tekuk jari kaki ke atas dan kebawah</p> <p>8. Jika mampu berdiri laukan gerakan badan Membungkuk kemudian putarpinggang ke samping kanan dan kiri</p> <p>INGAT. Tidak dipaksakan dalam latihan. Lakukan sesering mungkin.</p>
<b>Hasil</b>	<p>Dokumentasikan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanggal/jam pemberian tindakan</li> <li>2. Nama tindakan</li> <li>3. Respon pasien selama tindakan (subjektif dan objektif)</li> <li>4. Nama dan paraf perawat</li> </ol>
<b>Hal-hal yang diperlukan</b>	-