

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. L DENGAN DIAGNOSIS MEDIS
CEREBRO VASKULER ACCIDENT (CVA) INFARK DI RUANG
PICU RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

DELFANI HANYZAR
NIM. 2120015

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2024**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. L DENGAN DIAGNOSIS MEDIS
CEREBRO VASKULER ACCIDENT (CVA) INFARK DI RUANG
PICU RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**

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



Oleh :

DELFANI HANYZAR
NIM. 2120015

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2024**

SURAT PERNYATAAN

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

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

Surabaya, 14 Mei 2024



Delfani Hanyzar
NIM. 2120015

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa

Nama : Delfani Hanyzar
NIM : 2120015
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. L dengan
Diagnosa *Cerebro Vascular Accident* (CVA)
Infark di Ruang PICU RSPAL dr. Ramelan
Surabaya.

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

AHLI MADYA KEPERAWATAN (Amd. Kep)

Surabaya, 14 Mei 2024

Pembimbing



Dwi Ernawati, S. Kep., Ns., M. Kep
NIP. 03028

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 14 Mei 2024

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Delfani Hanyzar
NIM : 2120015
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. L dengan Diagnosa
Cerebro Vasculiar Accident (CVA) Infark di Ruang PICU
RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

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

Hari, tanggal : Selasa, 14 Mei 2024

Bertempat di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

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

Penguji : Dr. Faridah, SST., M. Kes₂


Ketua NIP. 197212122005012001

Penguji 1 : Dr. Diyah Arini, S. Kep., Ns., M. Kes₂

NIP. 03003

Penguji II : Dwi Ernawati, S. Kep., Ns., M. Kep₂

NIP. 03028



Mengetahui,

Ka Prodi D-III Keperawatan

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

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 14 Mei 2024

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. L dengan Diagnosa Medis CVA Infrak di Ruang PICU RSPAL dr. Ramelan Surabaya” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

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

1. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa D-III Keperawatan.
2. Dr. Diah Arini, S.Kep., Ns.M.Kes, Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep dan Dr. Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Puket 1,2 dan 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada saya menyelesaikan pendidikan.
3. Laksamana Pertama TNI dr. Sujoko., Sp.B selaku Direktur Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut dr. Ramelan Surabaya.

4. Ibu Dr. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi D-III Keperawatan.
5. Ibu Dr. Faridah, S.ST., M.Kes. ketua penguji, terima kasih atas arahan, kritikan dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan dan penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
6. Ibu Dr. Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji satu, terima kasih atas arahan, kritikan dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan dan penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
7. Ibu Dwi Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji 2 dan dosen pembimbing, terima kasih atas arahan, kritikan dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan dan penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
8. Ibu Astrida Budiarti, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat selaku wali kelas terima kasih atas bimbingan dan masukan serta dorongan semangat yang diberikan kepada penulis selama penulis menjalani pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
9. 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 penulisanya.
10. Ibu Ucik Kusnul Rosidah, A.Md.Kep., selaku kepala ruangan dan perawat yang ada di ruang PICU RSPAL dr. Ramelan Surabaya yang telah memperbolehkan kami untuk melakukan penelitian dan membantu untuk

menyelesaikan tugas akhir ini

11. Ibu dan ayah beserta kakak tercinta yang senantiasa mendoakan dan memberikan semangat setiap hari.
12. Teman-teman sealmameter kumara 27 angkatan Tahun 2021 yang tercinta dan semua pihak yang telah membantu kelancaraan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya, semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Allah Yang Maha Pemurah. Akhirnya penulis berharap bahwa karya ilmiah akhir ini bermanfaat bagi kita semua. Aamiin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 14 Mei 2024



Delfani Hanyzar

NIM. 2120015

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

**“Maka sesungguhnya dibalik kesulitan pasti ada kemudahan setelahnya
seperti yang telah di janjikan Allah SWT.
(QS. Al- Insyirah : 5-8)”**

Bismillahirrahmanirrahim karya sederhana ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT.
2. Kedua orang tua saya tercinta, Ayah Paniran S.T dan Ibu Hariyati yang hingga detik ini terus berjuang untuk memberikan yang terbaik untuk putrinya baik secara materi maupun dukungan yang tiada henti.
3. Kakakku tercinta, Demes Paralle S.T. terima kasih sudah ikut serta dalam proses penulis menempuh pendidikan selama ini.
4. Kepada sahabat perjuangan Rosita Khoirunnisak, Friska Ayu Al-Fitria, Nur Malasari, Dwi Ema T, Mawar Dwi A dan Maratus Sholikhah Terima kasih telah bersedia membantu memberi semangat dan dukungan kepada penulis.
5. Para dosen Stikes Hang Tuah Surabaya
6. Teman – teman Prodi D-III Keperawatan “KUMARA 27”

Dan yang terakhir, kepada diri saya sendiri Delfani Hanyzar. Terima kasih sudah bertahan sejauh ini.

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	2
1.1 Latar Belakang	2
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penulisan	5
1.5 Metode Penulisan.....	5
1.6 Sistematika Penulisan.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Definisi CVA	8
2.1.2 Anatomi Fisiologi.....	8
2.1.3 Patofisiologi.....	10
2.1.4 Etiologi	10
2.1.5 Manifestasi Klinik.....	11
2.1.6 Komplikasi.....	13
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	13
2.1.8 Penatalaksanaan	15
2.1.9 Faktor Terjadinya CVA Infark.....	15
2.1.10 Pencegahan	16
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan CVA Infark	17
2.2.1 Pengkajian.....	17
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	21
2.2.3 Intervensi Keperawatan	23
2.2.4 Pelaksanaan.....	28
2.2.5 Evaluasi.....	28
2.2.6 <i>Web Of Caution (WOC)</i>	29
BAB 3 TINJAUAN KASUS	30
3.1 Pengkajian.....	30
3.1.1 Identitas	30
3.1.2 Keluhan Utama	30
3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang	30
3.1.4 Riwayat Kehamilan Dan Persalinan.....	32
3.1.5 Riwayat Masa Lampau	32

3.1.6	Riwayat Sosial	34
3.1.7	Kebutuhan Dasar	34
3.1.8	Keadaan Umum (penampilan Umum)	37
3.1.9	Pemeriksaan Fisik	38
3.1.10	Tingkat Perkembangan	40
3.1.11	Pemeriksaan Penunjang	41
3.2	Diagnosis Keperawatan	44
3.2.1	Analisa Data.....	44
3.2.2	Prioritas Masalah.....	46
3.3	Rencana Keperawatan	47
3.4	Implementasi dan Asuhan Keperawatan	52
BAB 4	PEMBAHASAN	68
4.1	Pengkajian.....	68
4.1.1	Data Dasar	68
4.1.2	Keluhan Utama	69
4.1.3	Kebutuhan Dasar	69
4.1.4	Pemeriksaan Fisik	70
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	71
4.3	Intervensi Keperawatan	74
4.4	Implementasi Keperawatan	76
4.5	Evaluasi Keperawatan	77
BAB 5	PENUTUP	79
5.1	Simpulan.....	79
5.2	Saran.....	81
DAFTAR PUSTAKA	82

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	50
Tabel 3.2 Terapi Medis	52
Tabel 3.3 Analisa Data.....	54
Tabel 3.4 Prioritas Masalah.....	55
Tabel 3.5 Analisa Data.....	60
Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi	75

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagian-Bagian Otak.....	12
Gambar 3.1 CT-Scan	51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOAP Melakukan Suction.....	91
--	----

DAFTAR SINGKATAN

Tn	: Tuan
NIM	: Nomor Induk Mahasiswa
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
SWT	: Subhanahuwata'ala
WHO	: World Health Organizing
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
ETT	: Endotracheal Tube
NGT	: Nasogastrube
BB	: Berat Badan
RR	: Respiratory Rate
TTV	: Tanda – Tanda Vital
mmHg	: Milimeter Merkuri Hydrargrum
Kg	: Kilogram
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
PICU	: Pediatric Intensive Care Unit

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

CVA (*Cerebro Vasculer Accident*) Infark adalah suatu keadaan pembuluh darah otak yang mengalami sumbatan yang mengakibatkan sebagian otak tidak bisa mendapatkan pasokan darah dari oksigen yang diperlukan dapat terjadinya kematian sel atau jaringan pada otak. CVA (*Cerebro Vasculer Accident*) Infark yaitu menjadi masalah utama pada kesehatan, dan bukan hanya di Indonesia tetapi di seluruh dunia (Date and Search 2019). Berdasarkan hasil observasi pada Januari 2024 terhadap pasien di Ruang PICU RSPAL dr. Ramelan Surabaya didapatkan anak yang mengalami CVA Infark memiliki masalah keperawatan gangguan ventilasi spontan, penurunan kapasitas adaptif intrakranial, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal dan defisit nutrisi.

Pada Penyakit stroke pada tahun 2019 ada sebanyak 13,7 juta, Penyakit stroke dalam global mencapai 15 juta individu di setiap tahun, di mana sepertiga jumlah tersebut mengalami kematian dan sepertiga lainnya mengalami kecacatan permanen. data berdasarkan WHO (*World Health Organizaztion*) kurang lebih 7,9% semua total kematian yang ada di dalam Indonesia di akibatkan penyakit stroke. data pada daerah Jawa Timur mencapai 7,0% pada tahun 2013 menjadi 10,9% pada tahun 2019. Berdasarkan hasil observasi di RSPAL dr. Ramelan di Ruang PICU pada Januari 2024 terdapat 1 pasien.

Etiologi Penyakit CVA Infark adalah sindrom klinik yang awal timbulnya mendadak, progresif cepat, berupa defisit neurologi fokal dan global yang

berlangsung selama 24 jam terjadi karena trombotosis dan emboli yang menyebabkan penyumbatan yang bisa terjadi di sepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju ke otak. Darah ke otak disuplai oleh dua arteri karotis interna dan arteri vertebralis. Arteri – arteri ini merupakan cabang dari lengkung aorta jantung. Jika tidak segera ditangani cedera kepala dapat menyebabkan kerusakan pada otak dan menimbulkan komplikasi seperti terjadinya coma dan kematian. Sehingga hal tersebut dapat terjadi masalah gangguan ventilasi spontan, masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial, masalah defisit nutrisi, masalah gangguan komunikasi verbal dan masalah gangguan mobilitas fisik (Seri rezeki fauziah, 2019).

Salah satu upaya pencegahan yang dapat dilakukan untuk menanggulangi terjadinya serangan berulang pada penderita stroke adalah memodifikasi gaya hidup yang berisi dengan diet rendah lemak. Peran perawat dalam menangani kasus CVA Infark dengan memonitoring suara napas tambahan, melakukan suction, memonitoring tanda atau gejala peningkatan TIK, mempertahankan suhu tubuh normal, memastikan PaCO₂ optimal serta berkolaborasi pemberian obat anti konvulsan.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut berdasarkan latar belakang yang telah dibuat, maka penulisan yang menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan merumuskan permasalahan sebagai berikut :

“Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Tn. L dengan diagnosa medis CVA (*Cerebro Vasculer Accident*) infark di Ruang PICU RSPAL dr. Ramelan Surabaya”.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan pada Tn. L dengan diagnosa medis CVA Infark di ruang PICU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien dengan diagnosa medis CVA Infark di ruang PICU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang PICU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang PICU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang PICU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi pasien dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang PICU RSPAL dr. Ramelan Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang PICU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Penulisan

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

1. Akademis

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

2. Non-akademis

a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

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

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

c. Bagi profesi kesehatan

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

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah deskriptif, dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark melalui pendekatan proses keperawatan meliputi

pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksana hingga evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

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

b. Observasi

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

c. Pemeriksaan

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

3. Sumber data

a. Data primer

data primer penulis yang didapatkan dari pasien

b. Data sekunder

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

1.6 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar.

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

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

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

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

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

BAB 5 : Penutup, berisi tentang kesimpulan dan saran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

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

2.1 Konsep Penyakit

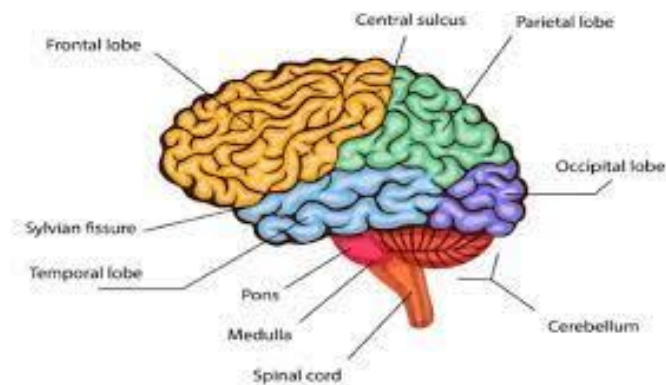
2.1.1 Definisi CVA

CVA (cerebro vaskular accident) adalah gangguan fungsi otak mendadak yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah di otak, dan dapat terjadi pada siapa saja dan kapan saja, dengan gejala yang berlangsung lebih dari 24 jam dan berujung pada kecacatan seperti kelumpuhan anggota badan termasuk. Gangguan bicara, gangguan berpikir, gangguan daya ingat, dan gangguan lainnya yang dapat berujung pada kematian (Muttaqin, 2015). CVA Infark adalah kematian otak yang terjadi setelah aktivitas fisik atau mental, biasanya disebabkan oleh pembekuan darah atau embolus di dalam pembuluh darah di otak (Fransisca B, 2015).

2.1.2 Anatomi Fisiologi

Otak merupakan organ tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat komputasi seluruh organ tubuh. Ini mengatur semua aktivitas dalam tubuh. Otak orang dewasa memiliki berat sekitar 1400 gram, yaitu 2% dari total berat badan, mengkonsumsi 25% energi, dan menyerap 1,5 % curah. Warna setengah padat,

abuabu kemerahan. Otak ditutupi oleh tiga meningen dan dilindungi oleh tengkorak. Otak mengapung di dalam cairan, menopang otak lunak. Cairan ini bertindak sebagai peredam kejut jika terjadi benturan luar pada kepala (Setiadi, 2016).



Gambar 2.1 Bagian - Bagian Otak

Sumber : (Seri Rezki Fauziah 2019).

Perkembangan otak terjadi pada rongga tengkorak (tengkorak), yang berkembang dari suatu saluran yang awalnya menandai tiga manifestasi awal pembesaran otak : otak depan, otak tengah, dan otak belakang (Setiadi, 2016).

1. Otak depan terdiri dari belahan otak, striatum, talamus, dan hipotalamus. Kemampuan menerima dan mengintegrasikan informasi tentang kesadaran dan emosi.
 2. Otak tengah mengoordinasikan otot - otot yang mengontrol penglihatan dan pendengaran. Otak ini terdiri dari tegmentum, krus serebrium, dan korpus kuadrigeminus.
 3. Bagian otak yang menonjol, otak belakang (pons), terutama terdiri dari lapisan serat dan mengandung sel-sel yang terlibat dalam pengendalian pernapasan.
- Setelah itu, otak melakukan hal berikut :

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

2.1.3 Patofisiologi

CVA Infark infark disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerotik yang menyebabkan angiogenesis di otak, atau karena emboli pada pembuluh darah di luar otak dimana plak tersebut tersumbat di arteri serebral dan perlahan meluas hingga membentuk bekuan darah (Sudoyo, 2014). Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah dilepaskan dan diangkut hingga terperangkap di pembuluh darah distal, menyebabkan penurunan aliran darah ke otak dan sel-sel otak kekurangan nutrisi dan oksigen. Sel-sel otak yang kekurangan oksigen dan glukosa menyebabkan asidosis. Pada asidosis, natrium, klorida, dan air masuk ke sel otak, dan kalium keluar sel otak, menyebabkan edema lokal. Kalsium kemudian masuk dan menyebabkan serangkaian radikal bebas yang merusak dan mengecilkan membran sel sehingga menyebabkan tubuh mengalami kerusakan saraf dan kematian (Esther, 2014).

2.1.4 Etiologi

Menurut Adam dan Victor (2014), penyebab kelainan pembuluh darah di otak yang dapat memicu terjadinya CVA Infark antara lain:

1. Trombosis Serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang ditransplantasikan dan menyebabkan edema pada jaringan otak. Biasanya terjadi pada orang dewasa

lanjut usia saat tidur atau terjaga. Hal ini terjadi karena adanya penurunan tekanan darah.

2. Emboli Serebral Emboli serebral adalah penyumbatan pembuluh darah di otak oleh bekuan darah, biasanya disebabkan oleh bekuan darah di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Ini terjadi dengan cepat, dan gejala muncul dalam 10 hingga 30 detik.

3. Iskemia

Kurangnya suplai darah ke jaringan tubuh akibat penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah.

2.1.5 Manifestasi Klinik

Menurut (Tarwoto, 2015), gejala klinis CVA Infark adalah :

1. Kelumpuhan mendadak pada salah satu sisi wajah atau tubuh (hemiparesis) atau hemiplegia (kelumpuhan). Kelumpuhan disebabkan oleh kerusakan pada korteks motorik korteks frontal. Lesi ini bersifat kontralateral. Artinya, jika belahan otak kanan rusak, maka otot-otot di sisi kiri menjadi lumpuh. Pasien juga kehilangan kendali atas otot-otot sensoriknya yang lemah dan tidak mampu melakukan peregangan atau membungkuk.
2. Gangguan stabilitas satu atau lebih anggota badan. Gangguan stabilitas diakibatkan oleh kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan pada saraf sensorik.
3. Penurunan kesadaran (bingung, delirium, lesu, stupor, koma) dapat disebabkan oleh perdarahan, kerusakan otak yang menekan batang otak, atau gangguan metabolisme otak akibat hipoksia.

4. Afasia (kesulitan berbicara) adalah kurangnya keterampilan komunikasi verbal seperti membaca, menulis, dan pemahaman bahasa. Afasia ini terjadi ketika pusat bahasa utama di belahan otak kiri rusak, biasanya terjadi setelah CVA Infark yang melibatkan kerusakan pada arteri serebral tengah kiri. Afasia dibagi menjadi tiga kategori: afasia motorik, afasia sensorik, dan afasia global. Fasia motorik, atau fasia ekspresif, terletak di daerah Broca di lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini, penderita dapat memahami lawan bicaranya, namun tidak mampu mengungkapkan pikirannya dan mengalami kesulitan dalam berbicara. Afasia sensorik disebabkan oleh rusaknya area Wilnicke di area pelipis. Pada afasia, pasien tidak mampu menerima rangsangan pendengaran namun mampu mengungkapkan bahasa, sehingga bahasa tidak konsisten dan tidak koheren. Pada afasia global, pasien mungkin merespons ucapan dengan menerima dan merespons ucapan yang tiba-tiba.
5. Disatria (bicara cadel atau pelo) mengacu pada kesulitan berbicara, terutama artikulasi pembicaraan. Namun, pasien dapat memahami berbicara, menulis, mendengarkan, dan membaca. Anoreksia disebabkan oleh kerusakan saraf kranial yang melemahkan otot-otot bibir, lidah, dan laring. Pasien juga mengalami kesulitan mengunyah.
6. Gangguan penglihatan, penglihatan ganda: Pasien mungkin mengalami gangguan penglihatan atau penglihatan ganda. Hal ini terjadi akibat kerusakan pada lobus temporal atau parietal, yang dapat menghambat saraf optik di korteks oksipital

7. Disfagia atau kesulitan menelan terjadi akibat rusaknya saraf IX. Saat Anda menelan, bolus didorong melalui lidah, glotis menutup, dan makanan masuk ke kerongkongan.
8. Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena hal ini terjadi terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.
9. Pusing, mual, muntah dan sakit kepala akibat peningkatan tekanan intrakranial, pembengkakan otak.

2.1.6 Komplikasi

Menurut (Muttaqin, 2015), komplikasi CVA Infark adalah sebagai berikut. :

1. Fungsi Mobilisasi
 - a. Infeksi pernapasan
 - b. Nyeri tekan pada decubitus
 - c. Konstipasi
2. Dalam hal paralisis
 - a. Nyeri pada punggung
 - b. Dislokasi sendi, deformitas
3. Pada kerusakan otak
 - a. Epilepsy
 - b. Sakit kepala
4. Hipoksia serebral
5. Herniasi otak
6. Kontraktur

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Arif Muttaqin (2015), penelitian pendukung yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Angio Cerebri

Membantu menentukan penyebab spesifik CVA infark, seperti perdarahan atau ruptur arteriovena, dan mencari lokasi perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular.

2. CT Scan

Pemindaian ini secara spesifik menunjukkan lokasi pembengkakan, lokasi hematoma, adanya jaringan otak yang mengalami infark atau iskemik, dan lokasi pastinya. Hasil penelitian biasanya menunjukkan hiperdens fokal, terkadang kondensasi terlihat di ventrikel atau menyebar ke permukaan otak.

3. MRI

Magnetic Imaging Resonance (MRI) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan lokasi dan ukuran/luasnya pendarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya menunjukkan area lesi perdarahan dan infark.

4. *USG Doppler*

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

5. EEG

Tujuan dari pemeriksaan ini adalah untuk melihat permasalahan yang timbul dan pengaruh jaringan yang mengalami infark terhadap penurunan impuls listrik pada jaringan otak.

6. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Lumbal fungsi: Pemeriksaan basa merah biasanya terlihat pada perdarahan masif, sedangkan perdarahan ringan biasanya berwarna cairan normal (xanthochrome) pada beberapa hari pertama.
- b. Pemeriksaan darah rutin

- c. Pemeriksaan kimia Darah : Hiperglikemia dapat terjadi pada CVA infark akut. Gula darah serum bisa naik hingga 250 mg dan kemudian menurun lagi secara bertahap.
- d. Pemeriksaan darah lengkap

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan CVA Infark menurut Tarwoto (2013) terdiri sebagai berikut :

1. Pemberian bantuan kepatenan jalan napas, ventilasi dengan bantuan oksigen/O₂
2. Tirah baring/pembatasan aktifitas
3. Penatalaksanaan cairan dan nutrisi
4. Pemberian obat-obatan seperti anti hipertensi, analgesik, kortikostteroid
5. EKG dan pemeriksaan penunjang
6. Pemantauan Tekanan Intra Kranial (TIK)
7. Rehab neurologik.

2.1.9 Faktor Terjadinya CVA Infark

Menurut (Ariani, 2014), yang menentukan timbulnya manifestasi CVA Infark disebut faktor risiko CVA Infark. Faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut :

1. Hipertensi merupakan faktor risiko potensial terjadinya CVA Infark

Tekanan darah yang lebih tinggi dari normal disebut hipertensi, dimana tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg. Hipertensi dapat menyebabkan pembuluh darah otak pecah atau menyempit (junaidi, 2015).

2. Diabetes merupakan salah satu faktor risiko terjadinya CVA Infark, yaitu akibat peningkatan aterogenesis.
3. Penyakit jantung/kardiovaskular dapat menyebabkan CVA Infark. Faktor risiko ini menyebabkan emboli serebral jantung.
4. Tingkat hematokrit normal yang tinggi berhubungan dengan infark serebral.
5. Kontrasepsi oral, tekanan darah tinggi, usia di atas 35 tahun, perokok, dan kadar estrogen tinggi.
6. Penurunan tekanan darah yang berlebihan atau berkepanjangan dapat menyebabkan iskemia serebral menyeluruh.
7. Penyalahgunaan obat, terutama pada remaja dan dewasa muda.
8. Konsumsi alkohol.

2.1.10 Pencegahan

Menurut (Ariani, 2014), kematian dan kerusakan neurologis pada minggu pertama CVA Infark iskemik disebabkan oleh edema otak. Edema serebral terjadi dalam beberapa jam setelah CVA Infark iskemik dan mencapai puncaknya setelah 24-96 jam. Edema serebral mula-mula merupakan sitofosis akibat gangguan metabolisme sel, kemudian terjadi edema vasogenik akibat rusaknya sawar darah otak lokal. Agar dapat mengurangi pembengkakan otak dapat dilakukan hal berikut:

1. Posisikan kepala dan badan bagian atas setinggi 20-30°
2. Hindari pemberian cairan yang mengandung glukosa atau cairan hipotonik secara intravena
3. Pemberian osmoterapi seperti berikut ini:

- a. Bolus marital 1 gr/KgBB dalam 20-30 menit kemudian dilanjutkan dengan dosis 0,25 gr/KgBB setiap 6 jam sampai maksimal 48 jam. Target osmolaritas 300-320 mmol/liter
 - b. Pemberian dengan cara oral Gliserol 50% 0,25 gr/KgBB setiap 4 atau 6 jam atau secara IV gliserol 10% 10 ml/KgBB dalam 3-4 jam (khusus edema serebri ringan, sedang).
 - c. Furosemide 1 mg/KgBB intravena
4. Intubasi dan hiperventilasi terkontrol dengan oksigen hiperbarik sampai $PCO_2 = 29-35\text{mmHg}$
 5. Tindakan bedah dikompresi perlu dikerjakan apabila terdapat supra tentorial 8, dengan pengerasan linea mediana atau serebral infark disertai efek rasa
 6. Penggunaan Steroid dianggap kurang baik untuk terapi udara serebral sebab disamping menyebabkan hiperglikemia juga naiknya resiko infeksi.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan CVA Infark

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan untuk mengenal masalah klien, agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, pengelompokan data dan merumuskan tindakan keperawatan (lian, 2023).

1. Pengumpulan Data

Tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data

untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Data yang di kumpulkan dalam pengkajian ini meliputi bio-psiko-spiritual. Dalam proses pengkajian ada dua tahap yang perlu di lalui yaitu pengumpulan data dan analisa data.

a. Identitas Klien

Pada usia diatas 55 tahun merupakan resiko tinggi terjadinya stroke, jenis kelamin laki – laki lebih tinggi 30 % di bandingkan wanita, kulit hitam lebih tinggi angka kejadiannya. (Seri Rezki Fauziah, 2019).

b. Keluhan Utama

Keluhan yang di dapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak setelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran.(Seri Rezki Fauziah, 2019).

c. Riwayat Penyakit Sekarang

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

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat yang pernah diserita klien selain penyakit CVA Infark.

2. Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan klien pemeriksaan fisik berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis.

a. Pemeriksaan kepala

Bagian kepala dan wajah berbentuk simetris, warna rambut hitam, terdapat lesi pada bagian tengah kepala dan mengalami penurunan kesadaran coma
GCS E: 1 V:1 M:1.

b. Pemeriksaan mata

Mata kanan dan kiri simetris, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, reflek pupil tidak ada, refleksi kedip tidak ada dan kornea bersih.

c. Pemeriksaan Telinga

Telinga tampak bersih, tidak terdapat serumen, tidak muncul cairan ditelinga dan tidak terjadi pendarahan pada telinga.

d. Pemeriksaan Mulut dan Tenggorokan

Mukosa bibir kering, tidak ada sianosis, kemampuan menghisap lemah, terpasang *Endotracheal Tube* (ETT) no.7 kedalaman 20 Peep : 6, Fio2 : 100%, Rate : 20, RR : 20x/menit, SpO2 : 99%, tidak terdapat pembesaran thyroid.

e. Pemeriksaan leher

Tidak ada kelainan tengkuk dan leher. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan thyroid, tidak ada peningkatan *Jugularis Vena Pressure* (JVP), tidak ada lesi, vena jugularis teraba, nadi karotis teraba.

f. Pemeriksaan Dada

Bentuk dada normal, saat inspirasi dan ekspirasi simetris kanan dan kiri, terdapat retraksi dada menurun (Nuzulia 2021).

3. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita stroke adalah sebagai berikut :

a. CT scan bagian kepala

Pada stroke non hemoragi terlihat adanya infark, sedangkan pada stroke hemoragi terlihat perdarahan.

b. Pemeriksaan Lumbal Pungsi

Pada pemeriksaan lumbal punksi untuk pemeriksaan diagnostik, diperiksa kimia sitologi, mikrobiologi, dan virologi. Disamping itu, dilihat pula tetesan cairan serebrospinal saat keluar baik kecepatannya, kejernihannya, warna dan tekanan yang menggambarkan proses terjadi di intaspinal. Pada stroke nonhemoragi akan ditemukan ditekanan normal dari cairan cerebrospinal jernih. Pemeriksaan punksi sisternal dilakukan bila tidak mungkin dilakukan pemeriksaan lumbal.

c. EKG

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

d. Elektro Encephalo Grafik

Mengidentifikasi masalah berdasarkan gelombang otak, menunjukkan area lokasi secara spesifik.

e. Pemeriksaan Darah

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

f. Angiografi Serebral

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

g. Magnetik Resonansi Image (MRI)

Menunjukkan darah yang mengalami infark, hemoragi, Malformasi Arteriovenosa (MAV). pemeriksaan ini lebih canggih dibanding CT-Scan.

h. Ultrasonografi Dopler

Ultrasonografi dopler dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyakit MAV menurut (Ariani, 2012), pemeriksaan sinar pada kepala dapat menunjukkan perubahan pada glandula pineal pada sisi yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi karotis internal yang dapat dilihat pada trombosis serebral, klasifikasi parsial pada dinding aneurisme pada perdarahan subarahnoid.

1) Analisa Data

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

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

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

1. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan (D.0004).
2. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Edema serebral (stroke iskemik) (D.0066).
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, kelemahan, parestresia, paralisis (D.0054).
4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neurosmuskular, kelemahan umum (D.0119).
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan menelan makanan (D.0019).
6. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan cedera kepala (D.0017).

e. **Intervensi Keperawatan**

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Gangguan Ventilasi Spontan Berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan (SDKI D.0004)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan ventilasi spontan meningkat, dengan, Kriteria Hasil : 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu nafas menurun 3. PCO ₂ membaik 4. PO ₂ membaik 5. Takkikardia membaik (SLKI L.01007)	Dukungan Ventilasi (1.01002) Observasi 1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas. 2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernafasan. 3. Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis. frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi nafas tambahan, saturasi oksigenasi). Terapeutik 4. Pertahankan kepatenan jalan napas 5. Berikan posisi fowler 6. Melakukan suction Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian bronkhodilator, jika perlu	1. Mengetahui adanya kelelahan otot bantu nafas 2. Mengetahui adanya efek perubahan posisi pada pasien 3. Menjaga status respirasi 4. Menjaga kepatenan jalan nafas 5. Memberikan posisi senyaman mungkin 6. Membantu peningkatan pada sirkulasi pernafasan 7. Menjaga kepatenan jalan nafas
2.	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam, diharapkan kapasitas	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis, edema serebral)	1. Mengetahui penyebab peningkatan TIK 2. Mengetahui tanda/gejala peningkatan TIK

	(mis. Akibat cedera kepala stroke iskemik) (SDKI D.0066)	adaptif intrakranial meningkat, dengan Kriteria Hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan darah membaik 3. Tekanan nadi membaik 4. Bradikardia membaik 5. Pola nafas membaik 6. Respon pupil membaik 7. Reflek neurologis membaik (SLKI L.06049)	2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP 4. Monitor CVP 5. Monitor intake dan output Terapeutik 6. Berikan posisi semi fowler 7. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian sedasi atau konvulsan, jika perlu	3. Mengetahui adanya Nilai MAP normal/tidak 4. Mengetahui adanya pemantauan tekanan vena sentral pada pasien secara invasif 5. Mengetahui adanya kebutuhan intake dan output 6. Membantu memposisikan senyaman mungkin 7. Mempertahankan suhu normal 8. Membantu peningkatan pada pemberian obat, jika perlu
3.	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Kekuatan otot menurun (SDKI D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan, Kriteria Hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat	Dukungan Ambulasi (1.06171) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keletihan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik	1. Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengetahui toleransi fisik 3. Menjaga nilai normal 4. Menjaga keadaan umum pasien 5. Membantu pemenuhan kebutuhan fasilitas pasien 6. Membantu pemenuhan fasilitas mobilisasi pasien

		<p>3. Rentang gerak (ROM) meningkat (SLKI L.05042)</p>	<p>5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)</p> <p>6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p> <p>7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>9. Ajarkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, pindah dari sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>	<p>7. Meningkatkan kemandirian keluarga pasien</p> <p>8. Memberi pengetahuan terkait ambulasi</p> <p>9. Melatih kelenturan otot</p> <p>10. Meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan ambulasi</p>
4.	<p>Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0119)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4x24 jam, maka komunikasi verbal Meningkat, dengan Kriteria Hasil :</p> <p>1. Kemampuan berbicara meningkat</p>	<p>Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (1.13492)</p> <p>Obervasi</p> <p>1. Monitor kecepatan, tekanan dan diksi bicara</p> <p>2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misalkan memori, pendengaran dan bahasa)</p>	<p>1. Mengetahui kecepatan tekanan dan diksi bicara</p> <p>2. Mengetahui proses kognitif, anatomis, dan fisiologis saat bicara</p> <p>3. Mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p>

		<p>2. Kemampuan mendengar meningkat</p> <p>3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat</p> <p>4. Kontak mata meningkat (SLKI L.13118)</p>	<p>3. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Gunakan komunikasi alternatif</p> <p>5. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</p> <p>6. Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>7. Gunakan juru bicara, jika perlu</p> <p>8. Anjurkan berbicara perlahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</p>	<p>4. Meningkatkan kemampuan komunikasi</p> <p>5. Meningkatkan kemampuan komunikasi sesuai kebutuhan</p> <p>6. Menguji kebenaran apa yang disampaikan pasien</p> <p>7. Membantu pemenuhan kebutuhan pasien</p> <p>8. Meningkatkan kemampuan berbicara pasien</p> <p>9. Membantu peningkatan kebutuhan pasien</p>
5.	Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI D.0019)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, maka status nutrisi membaik, dengan Kriteria Hasil :</p> <p>1. Porsi makanan yang meningkat</p> <p>2. Kekuatan otot pengunyah membaik</p> <p>3. Kekuatan otot menelan membaik</p> <p>4. Berat badan membaik</p> <p>5. Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik</p>	<p>Manajemen Nutrisi (1.03119)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi status nutrisi</p> <p>2. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</p> <p>3. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</p> <p>4. Monitor berat badan</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>6. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral ditoleransi</p>	<p>1. Mengetahui status nutrisi pasien</p> <p>2. Mengetahui kebutuhan yang diperlukan</p> <p>3. Memantau perlunya penggunaan alat bantu</p> <p>4. Mengetahui asupan makanan</p> <p>5. Mengetahui nilai berat badan</p> <p>6. Meningkatkan kebutuhan kebersihan oral</p> <p>7. Menjaga agar tidak terjadi kontipasi</p>

		6. Membran mukosa membaik (SLKI L.03030)	Edukasi 7. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	8. Meningkatkan kalori dan protein
6.	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif d.d cedera kepala (SDKI. D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, maka perfusi serebral meningkat, dengan Kriteria Hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Tekanan arteri rata-rata /MAP membaik 4. Tekanan intra kranial membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, bradikardi, pola napas irreguler, kesadaran menurun) 3. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 4. Berikan posisi fowler 5. Cegah terjadinya kejang 6. Atur ventilator agar PaCO ₂ normal Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian sedasi, jika perlu	1. Mengetahui penyebab meningkatnya TIK 2. Memantau tanda/ gejala peningkatan TIK 3. Mencegah terjadinya kelebihan volume cairan 4. Meberikan kenyamanan 5. Meminimalisir terjadinya kejang 6. Mencegah terjadinya asidosis 7. Mengatasi kejang

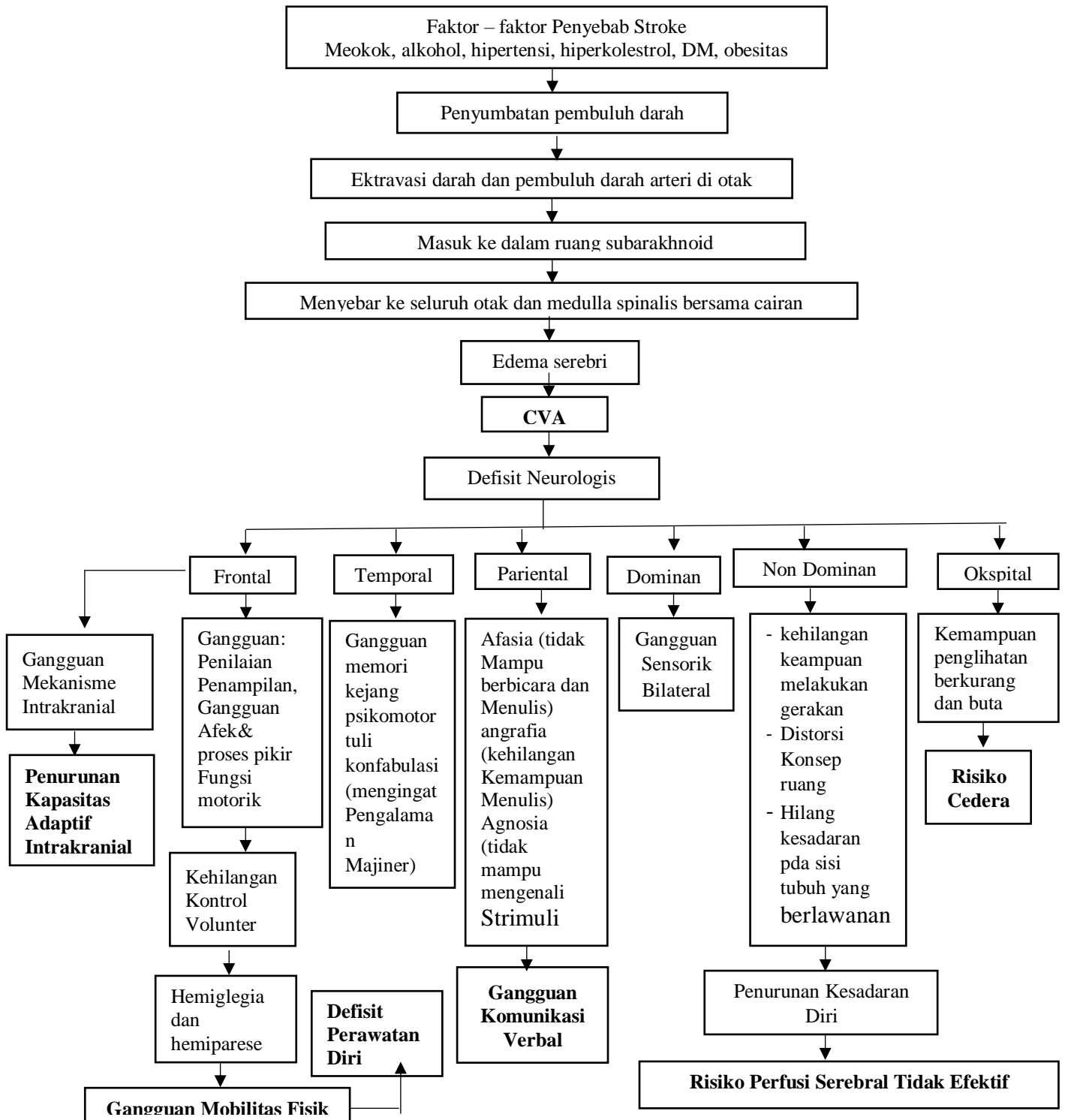
f. Pelaksanaan

Tahap ini dilakukan pelaksanaan dan perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (lian, 2023).

g. Evaluasi

Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus-menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukan (lian, 2023).

h. *Web Of Caution (WOC)*



Gambar 2.1 pohon masalah cva infark (joyce and jane, 2014)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab 3 ini gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien Tn. L dengan diagnosis medis *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* di Ruang PICU, maka penulis menyajikan dokumentasi asuhan keperawatan mulai tanggal 2 Januari 2024 pukul 11.00 wib sampai tanggal 5 Januari 2024 pukul 00.00 wib. Sumber data didapat rekam medis dan keluarga. Data yang didapat sebagai berikut ini :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien bernama An. L jenis kelamin laki-laki, berusia 20 tahun, lahir pada tanggal 8 Juni 2003, beragama kristen. Pasien adalah anak kedua dari Tn. N usia 45 tahun dan Ny. M usia 42 tahun. Keluarga Tn.N tinggal di Surabaya, beragama islam dan pekerjaan Tn. N adalah karyawan swasta, sedangkan Ny. M sebagai ibu rumah tangga. Pasien MRS tanggal 22 Januari 2023 di IGD RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

3.1.2 Keluhan Utama

An. L dengan terpasang *Endotracheal Tube (ETT)* no.7, kedalaman 20, sambung ventilator mode PCV, Peep 6, fio2 100%, rate 20, pc 17, RR 36x/menit, SPO2 99% dan penurunan kesadaran Coma GCS E: 1 V: 1 M: 1.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada tanggal 02 Desember 2023 pasien bermain bola di lapangan jenggolo gedangan pada pukul 08.00 WIB. Pada saat bermain dahinya terkena bola sehingga terjadi pendarahan pada hidung. Setelah kejadian tersebut pasien mengalami pusing untuk meringankan pusing pasien mengkonsumsi obat bodrex 3x650mg/tablet. Selama 20 hari dan tidak pernah mendatangi fasilitas kesehatan terdekat.

Pada tanggal 22 Desember 2023 Pasien datang ke IGD, diantar oleh ibunya menggunakan kendaraan pribadi/mobil, keluarga mengatakan Tn. L mengalami pusing sejak 20 hari yang lalu, demam dan BAB cair. Pemeriksaan Vital Sign Tekanan darah : 124/78 mmHg, Nadi : 95x/menit, Suhu : 38 °C, RR ; 20x/menit, SPO2 : 97 Di berikan tindakan infus asering 500ml/8jam, injeksi Paracetamol 3x500mg. Selanjutnya pemeriksaan Darah lengkap Leukosit $9.72 \cdot 10^3/uL$, Hemoglobin 13.50 g/dL, Hemaktorit L 39.30%, Eritrosit $4.71 \cdot 10^6/uL$, Trombosit $369.00 \cdot 10^3/uL$. foto thorax didapatkan hasilnya curiga peradangan paru. Hasil GDA 120 mg/dL <200.

Pada tanggal 23 Desember 2023 pukul 08.00 WIB. pasien dipindahkan ke ruang V anak, diberikan tindakan pemasangan kateter urin no.12, berwarna kemerahan dan infus asering 500mg, paracetamol 3x500 mg, injeksi antrain 3x1 ampul, ondansetron 3x4mg, transamin 3x1, omeprazole 2x1. Terpasang NGT no.12 residu hijau pekat 50cc/24 jam, pasien sementara puasa. Selanjutnya pasien di pindahkan di ruang PICU.

Pada tanggal 29 Desember 2023 pukul 14.00 pasien di pindahkan di ruang PICU karena mengalami penurunan kesadaran delirium, GCS 335 E: 3 V: 3 M:5, akral hangat, pupil isokor dilatasi. Terpasang CVC subclavia sambung NS 1500cc/24 jam, cabang terpasang dobutamin 3mcg/kg/bb. Pada tanggal 2 Januari

jam 11:30 pasien mengalami henti napas, hasil pemeriksaan vital sign Tekanan darah : 144/111 mmHg, Nadi : 89x/menit, Suhu : 36,7 °C, selanjutnya di berikan pemasangan *Endotracheal Tube* (ETT) no.7, kedalaman 20, sambung ventilator mode PVC, Peep 6, fio2 100%, rate 20, pc 17, RR 36x/menit, SPO2 99% dan retraksi dada menurun. dilanjutkan pemeriksaan Laboratorium Leukosit : 25.15/L, Hemoglobin : 15.60 g/dL, Eritrosit : 5.54 uL, MCV : 83.0, MCH : 28,2, MCHC : 34.0, Trombosit : 949.00 /uL, MPV : 7.3, PDW : 15.2, PCT : 0,362, SGOT : 67 U/L, SGPT : 43 U/L, Kreatinin : 0,7 mg/dL, BUN : 19 mg/dL, Kalsium : 11.4 mg/dL, Natrium : 134.50 mg/dL, kalium : 3.78 mmol/L. Clorida : 97.6 mEq/L. Diberikan terapi Injeksi Ceftriaxone 2x2 gram, Dexamithaxon 2x1 ampul, Antrain 3x1 ampul, Manitol 2x100cc, Ondanstron 3x4 mg, Transamin 3x500 mg, Vit K 3x1 ampul, Omeprazole 2x1 vial, Metronidazole 3x500 mg, Paracetamol 3x500 mg.

3.1.4 Riwayat Kehamilan Dan Persalinan

Prenatal Care, Ibu pasien mengatakan pada saat hamil rajin kontrol ke puskesmas di daerah surabaya, Ibu mengatakan selama hamil tidak pernah mengkonsumsi jamu-jamuan dan obat-obatan selain vitamin yang diresepkan oleh dokter. Selama hamil Ibu bayi mengalami mual di trimester pertama, kenaikan berat badan 5-6 kg dan ibu juga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit.

Natal Care, bayi lahir tanggal 8 Juni 2003 di RS bunda Jakarta secara normal dengan ketuban jernih, lahir pada usia kehamilan 41 minggu dengan BB 2900 gram.

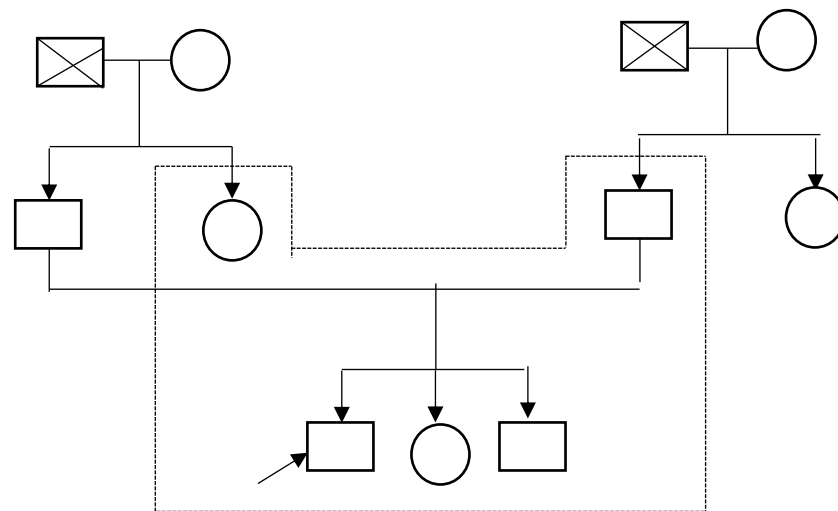
3.1.5 Riwayat Masa Lampau

Ny. M mengatakan setelah pulang dari RS saat melahirkan bayinya tidak mengalami penyakit apapun atau keluhan. Ny. M mengatakan bayi nya tidak pernah

dirawat dirumah sakit. Ny. M mengatakan bahwa anaknya tidak alergi makanan atau obat-obatan. dan tidak pernah mengalami kecelakaan sebelumnya. Serta bayinya mendapatkan imunisasi lengkap Hepatitis B, DPT, Polio 1, BCG, DPT-HB-Hib 1, Polio 2, DPT-HB-Hib 3, Polio 4, IPV dan campak.

Pengkajian Keluarga

Genogram



Keterangan :



: Laki -laki



: Perempuan



: Pasien



: Tinggal serumah

Tn. L merupakan anak ke satu dari tiga bersaudara. Anak pertama berjenis kelamin laki-laki usia 20 tahun. Anak kedua berjenis kelamin perempuan usia 7 tahun dan anak ketiga berjenis kelamin laki-laki usia 2 tahun. Ayah Tn.L usia 45 tahun berpendidikan SMK, sedangkan Ibu usia 42 tahun berpendidikan SMA.

Psikososial keluarga, Ibu pasien mengatakan mempunyai 3 anak secara spontan dan caesar. Kondisi bayi sehat, saat melahirkan anak ke 3 ibu merasa khawatir dengan persalinan. Keluarga merasa sedih atas apa yang terjadi pada anak pertama dan berharap mukjizat oleh Allah SWT.

3.1.6 Riwayat Sosial

Ny. M mengatakan Tn. L dirawat oleh ibunya sejak bayi samapi sekarang. Hubungan pasien dengan keluarga sangat baik, ibu dan ayah pasien sering mengunjungi anaknya. Pasien sebelum sakit sering bermain dengan teman sebaya. Selama di ruang PICU pasien dirawat oleh dokter dan perawat. Pasien terpasang *Entracheal Tube* (ETT) no.7, terpasang *Central Venous Catheters* (CVC) dibagian subclavia sebelah kiri, terpasang kateter no.12 bewarna kemerahan (hematuria).

3.1.7 Kebutuhan Dasar

1. Pola Nutrisi

Sebelum Masuk Rumah Sakit (SMRS) : Ibu pasien mengatakan anaknya saat dirumah anak makan (nasi dan sayur) 3x/sehari 1 porsi habis. Minum pasien jenis air putih 2.000cc/hari.

Masuk Rumah Sakit (MRS) : pasien terpasang *Nasogastrube* (NGT) no.12 cairan bewarna hijau pekat 150 cc/24jam, pasien sementara puasa, mendapatkan terapi infus Nacl 0,9% 1.000 cc/24 jam dan terapi injeksi 500cc/24 jam.

2. Pola Tidur

Sebelum masuk Rumah Sakit (SMRS) : Ibu pasien mengatakan anaknya sering tidur siang mulai pukul 13.00 – 15.00 wib dan tidur malam mulai pukul 00.00 – 06.00.

Masuk Rumah Sakit (MRS) : selama masuk Rumah Sakit mengalami penurunan kesadaran coma GCS E:1 V:1 M:1.

3. Pola Ativitas/Bermain

Sebelum masuk Rumah Sakit (SMRS) : Ibu pasien mengatakan anaknya senang bermain bola dan renang sejak 10 tahun yang lalu sampai sekarang.

Masuk Rumah Sakit (MRS) : selama masuk Rumah Sakit mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah, dan mengalami penurunan kesadaran coma GCS E:1 V:1 M:1, skala 1 : ada kontraksi otot tetapi tidak ada gerakan.

kekuatan otot :

1111	1111
1111	1111

Masalah keperawatan : Gangguan mobilitas fisik

4. Pola Eliminasi

Sebelum masuk Rumah Sakit (SMRS) : Ibu pasien mengatakan BAK 5x sehari dengan bau khas residu kuning, BAB 4x sehari konsistensi cair dan warna kecoklatan.

Masuk Rumah Sakit (MRS) : selama masuk Rumah Sakit terpasang kateter urine no.12 residu kemerahan (hematuria) sebanyak 1.500 cc/24jam., memakai pampers ganti selama 3x dalam 24jam dan BAB 10 cc/24 jam.

5. Pola Kognitif Perseptual

Sebelum masuk Rumah Sakit (SMRS) : Ibu pasien mengatakan anaknya bisa berbicara dengan bahasa sehari-hari yang digunakan, kemampuan membaca dan kemampuan interaksi dengan orang lain.

Masuk Rumah Sakit (MRS) : selama masuk Rumah Sakit pasien mengalami penurunan kesadaran coma GCS E:1 V: 1 M:1.

6. Pola Koping Toleransi Stress

Sebelum masuk Rumah Sakit (SMRS) : Ibu pasien mengatakan anaknya selalu rajin berdoa pada hari minggu di gereja.

Masuk Rumah Sakit (MRS) : selama masuk Rumah Sakit pasien mengalami penurunan kesadaran coma GCS E:1 V: 1 M:1.

kebutuhan Cairan Dewasa

- a. Pada anak dengan berat badan pertama 10Kg x 100ml + 10kg

Berat badan kedua.

Pada Tn. L memiliki BB 50 kg

$$= 10 \text{ kg} \times 100 \text{ ml} + 10 \text{ kg} \times 50 \text{ ml} + (50\text{kg} - 20 \text{ kg}) \times 20 \text{ ml}$$

$$= 1.000 \text{ ml} + 500 \text{ ml} + 600 \text{ ml}$$

$$= 2.100 \text{ ml}/24 \text{ jam}$$

- b. Tetesan Infus Tn. K diberikan Nacl 0.9% 1.100cc/24 jam. faktor tetes makro

(20), Rumus :

$$\text{TPM} = \frac{\text{Jumlah Cairan (Kolf)} \times \text{Faktor Tetesan}}{\text{Waktu} \times 60 \text{ menit}} = \text{TPM}$$

$$20 = \frac{1.100 \times 20 \text{ TPM}}{24 \text{ jam} \times 60 \text{ menit}} = 22.000 = 15 \text{ TPM}/1 \text{ jam}$$

c. Balance Cairan = Intake – Output

Intake :

Infus 1.100 cc/24 jam

Obat Injeksi 500 cc/24 jam +

1.600 cc/24 jam (kebutuhan cairan yang masuk)

Output :

BAK 1.100 cc/24 jam

BAB 10 cc/24 jam

IWL 150 cc/24 jam

Udara 50 cc/24 jam

NGT 150 cc/24 jam +

1460 cc/24 jam (kebutuhan cairan yang keluar)

Balance Cairan = Intake – Output

$1600 - 1460 = 140 \text{ cc/24 jam}$

3.1.8 Keadaan Umum (penampilan Umum)

1. Cara Masuk

Pada tanggal 22 Desember 2023 pasien dirawat di RSPAL dr. Ramelan Surabaya, pasien mengstakan sakit kepala selama 20 hari. kemudian diberikan terapi infus asering 500 ml, injeksi paracetamol 500 mg dan dilakukan cek laboratorium DL, KK, UL dan foto thorax. Pada jam 10.00 dipindahkan di ruang V anak.

Tanda – Tandal Vital

Tensi	: 144/111 mmHg
Suhu	: 36,7 °C
Nadi	: 110 x/menit
RR	: 20x/menit
TB/BB	: 160 cm /50 kg
IMT	: 50 kg/ 1,6 x 1,6 = 19,5 (normal)

3.1.9 Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Kepala dan Rambut

Kepala simetris, warna rambut hitam, terdapat adanya luka pada bagian tengah kepala dan mengalami penurunan kesadaran coma.

2. Pemeriksaan Mata

Mata kanan dan kiri simetris, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, reflek pupil tidak ada, refleks kedip tidak ada dan kornea bersih dan mengalami penurunan kesadaran coma.

3. Pemeriksaan Hidung

Bentuk hidung normal, tidak terdapat sekret, tidak terdapat polip, dan tidak terjadi pendarahan pada hidung, terpasang *Nasogastric Tube* (NGT) no.12 bewarna kecoklatan 370cc/24jam dan pasien sementara puasa.

4. Pemeriksaan Telinga

Telinga tampak bersih, tidak terdapat serumen, tidak terjadi pendarahan pada telinga.

5. Pemeriksaan Mulut dan Tenggorokan

Mukosa bibir kering, tidak ada sianosis, kemampuan menghisap lemah, mukosa faring merah muda, gctidak terdapat pembesaran thyroid. Terpasang alat bantu *Endotracheal Tube* (ETT) no.7, kedalaman 20 Peep 6, fio2 100%, rate 20, pc 17, RR 36x/menit, SPO2 99%.

6. Pemeriksaan Tengkok dan Leher

Tidak ada kelainan tengkok dan leher.

7. Pemeriksaan Dada/Thorax

Bentuk dada normal, saat inspirasi dan ekspirasi simetris kanan dan kiri, terdapat retraksi dada menurun.

Paru : terdapat otot bantu bernafasan terpasang *Endotracheal Tube* (ETT) no.7, kedalaman 20, sambung ventilator mode PCV, frekuensi nafas 20x/menit.

Jantung : irama jantung reguler, S1S2 Tunggal.

8. Pemeriksaan Punggung

Punggung simetris, tidak terdapat luka, tulang belakang teraba simetris disumbu tengah.

9. Pemeriksaan Abdomen

Abdomen supel, warna kulit sama dengan yang lain, terdengar peristaltik usus meningkat, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, dan cubitan perut kembali cepat CRT <2 detik.

10. Pemeriksaan Kelamin dan Daerah Sekitarnya (Genetalia dan anus)

Genetalia bersih, jenis kelamin laki-laki, tidak terdapat lesi dan terpasang kateter urine no.12 berwarna kemerahan (hematuri)

11. Pemeriksaan Muskuluskeletal

Tidak terdapat edema ekstremitas kanan kuat, kiri lemah, pada tangan terpasang axilla line

12. Pemeriksaan Neurologi

Kesadaran pasien coma GCS E: 1 V:1 M:1 dan tidak terjadi kejang.

13. Pemeriksaan Integumen

Warna kulit sawo matang, akral hangat, turgor kulit menurun, CRT < 2 detik, tidak terdapat sianosis dan tidak ada plebitis.

3.1.10 Tingkat Perkembangan

1. Adaptasi Sosial

Perkembangan anak tidak terkaji karena penyakit CVA Infark dan penurunan kesadaran

2. Bahasa

Pasien tidak terkaji dan mengalami penurunan kesadaran coma.

3. Motorik Halus

Pasien tidak terkaji dan mengalami penurunan kesadaran coma.

4. Motorik Kasar

Pasien tidak terkaji dan mengalami penurunan kesadaran coma.

Kesimpulan dari pemeriksaan perkembangan

Saat ini pada pemeriksaan tingkat perkembangan adalah tingkat perkembangan pasien sesuai dengan usianya, tetapi pasien harus dilakukan perawatan intensif karena mengalami penurunan kesadaran coma GCS 1x1 E:1 V:1 M:1.

3.1.11 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium Tanggal 2 Januari 2024

Tabel 3. 1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Leukosit	25.15	10^3 /uL	4.00 – 10.00
Hemoglobin	15.60	g/dL	32 – 36
Eritrosit	5.54	10^3 /uL	4.00 – 56.0
Trombosit	949.00	10^3 /uL	150 -450
SGOT	67	u/L	0 – 50
Kreatinin	0.7	mg/dL	0.6 – 1.5
BUN	19	mg/dL	10 – 24
Kalsium	11.4	mg/dL	8.8 – 10.4
Natrium	134.50	meq/dL	145 – 147
Kalium	3.78	mnoL/L	3.0 – 5.0
Clorida	97.6	meq/dL	95– 105

2. Foto Rontgen

Pada 2 Januari 2024

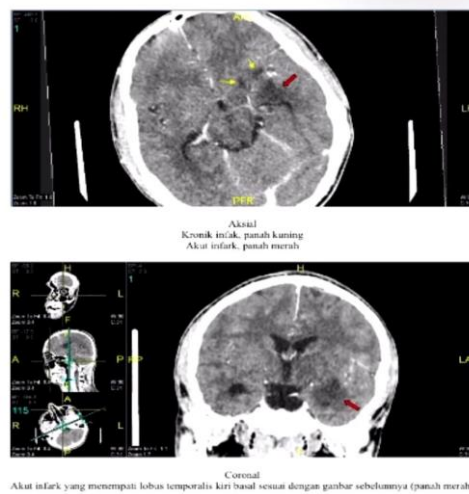
Foto Thorax AP : (*supine*)

Cor : besar dan bentuk normal

Pulmo : Infiltrasi/perselubungan (-) bvp sedikit meningkat

Sinus phrenicocalitis kanan kiri tajam.

Diaphraghrama kanan kiri baik.



Gambar 3. 1 CT-scan kepala

Kesimpulan :

- Akut infark di subkortikal temporal kiri basal posterior yang kesan pada amygdala kiri dan sedikit mengenai hipocampus kiri
- Akut infark kecil di kortikal frontal kiri
- Ventrikel lateralis kiri kanan, ventrikel tidak melebar dengan kesan cornu anterior ventrikel lateralis kiri sedikit terdesak ok lesi sisi kiri di atas.

3. Terapi

Tanggal 2 Januari 2024

Tabel 3. 1 Terapi Medis

Nama Obat	Rute	Dosis	Indikasi	Jam
Nacl 0,9%	IV	1.000cc/24 jam	Sebagai terapi pengganti cairan tubuh saat mengalami dehidrasi dan untuk mengatasi hipoglikemia	08.00
Ceftriaxone	IV	2x2 gram	Sebagai terapi mengatasi penyakit akibat infeksi bakteri.	12:00 20:00
Dexamethaxon	IV	2x1ml	Sebagai terapi mengurangi atau menekan proses peradangan dan alergi yang terjadi pada tubuh	12:00 20:00
Antrain	IV	3x2ml	Sebagai terapi membantu mengurangi rasa nyeri	12:00 20:00
Manitol	IV	2x100cc	Sebagai terapi mengurangi tekanan dalam otak (tekanan intrakranial), tekanan dalam bola mata (tekanan intraokular), dan pembengkakan otak (cerebral edema).	12:00 20:00
Ondan	IV	3x4 mg	Sebagai terapi mual dan muntah.	12:00 20:00
Transamin	IV	3x500 mg	Sebagai terapi membantu	12:00 20:00

			menghentikan perdarahan abnormal.	
Vik K	IM	3x2mg	Sebagai terapi Membantu proses pembekuan darah.	12:00 20:00
Omeprazole	IV	2x1 vial	Sebagai terapi menurunkan asam lambung.	12:00 20:00
Metronidazole	IV	3X500 mg	Sebagai terapi antibiotik untuk mengobati infeksi bakteri di berbagai organ tubuh.	12:00 20:00
Paracetamol	IV	3x500 mg	Sebagai terapi mampu menurunkan demam.	12:00 20:00
Dobutamin	IV	2cc/jam	Sebagai terapi membantu kerja jantung dalam memompa darah ke seluruh tubuh pada orang yang mengalami gagal jantung atau syok kardiogenik.	05.00

Surabaya, 4 Januari 2024

Delfani Hanyzar

NIM. 2120015

3.2 Diagnosis Keperawatan

3.2.1 Analisa Data

Tabel 3. 2 Analisa Data

No.	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS : Tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terpasang <i>Endotracheal Tube</i> (ETT) no.7 kedalaman 20, sambung ventilator mode PVC. 2. Peep : 6 3. Fio2 : 100% 4. Rate : 20 5. RR : 36x/menit 6. SPO2 : 99% 7. Suhu : 36,7 8. Kesadaran coma 	Kelelahan Otot Pernafasan	Gangguan Ventilasi Spontan (SDKI D.0004)
2.	<p>DS : Tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 144/111 mmHg 2. Tingkat kesadaran menurun GCS 1x1 3. Refleks neurologis terganggu 4. Hasil pemeriksaan CT-Scan pada tanggal 22 Desember 2023 5. Terpasang ETT no.7 sambung ventilator mode PVC. 6. Peep : 6 7. Fio2 : 100% 8. Rate : 20 9. RR : 36x/menit 10. SPO2 : 99% 	Edema Serebral (mis. Akibat cedera kepala stroke iskemik)	Penurunan Kapasitas Adaptif Kranial (SDKI D.0066)
3.	<p>DS : Tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma.</p>	Penurunan Kekuatan Otot	Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI D.0054)

	<p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot menurun 2. Kemampuan bergerak terbatas 3. ROM terbatas pada anggota tubuh ekstremitas kanan dan kiri 4. $\frac{1111}{1111} \mid \frac{1111}{1111}$ 		
4.	<p>DS : Tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemas 2. Tidak mampu berbicara 3. Dan mendengar 4. Tidak ada kontak mata 5. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah dan tubuh 	Gangguan Neuromuskuler	Gangguan Komunikasi Verbal (SDKI D.0119)
5.	<p>DS : Tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak lemas 2. Mukosa bibir kering 3. Pasien sementara puasa 4. Terpasang <i>Nasogastube</i> (NGT) no.12 residu kehijauan, 50 cc/24 jam, sementara pasien puasa 5. Berat badan menurun 5 kg dalam waktu 2 minggu 	Ketidakmampuan Menelan Makanan	Defisit Nutrisi (SDKI D.0019)

3.2.2 Prioritas Masalah

Tabel 3. 4 Prioritas Masalah

No.	Diagnosa Keperawatan	TANGGAL		Nama Perawat
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Gangguan Ventilasi Spontan b.d kelelahan otot pernafasan	2 Januari 2024	Sudah teratasi	Delfani
2.	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d Edema Serebral (mis. cedera otak)	2 Januari 2024	Sudah teratasi	Delfani
3.	Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan	2 Januari 2024	Sudah Teratasi	Delfani
4.	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Neuromuskuler	2 Januari 2024	Sudah teratasi	Delfani
5.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot	2 Januari 2024	Sudah teratasi	Delfani

3.3 Rencana Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan
Pada Pasien Tn. L dengan CVA Infark

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Gangguan Ventilasi Spontan Berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan (SDKI D.0004)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan ventilasi spontan meningkat, dengan, Kriteria Hasil : 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu nafas menurun 3. PCO ₂ membaik 4. PO ₂ membaik 5. Takkikardia membaik (SLKI L.01007)	Dukungan Ventilasi (1.01002) Observasi 1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas. 2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernafasan. 3. Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis. frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi nafas tambahan, saturasi oksigenasi). Terapeutik 4. Pertahankan kepatenan jalan napas 5. Berikan posisi fowler 6. Melakukan suction Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian bronkhodilator, jika perlu	1. Mengetahui adanya kelelahan otot bantu nafas 2. Mengetahui adanya efek perubahan posisi pada pasien 3. Menjaga status respirasi 4. Menjaga kepatenan jalan nafas 5. Memberikan posisi senyaman mungkin 6. Membantu peningkatan pada sirkulasi pernafasan 7. Menjaga kepatenan jalan nafas

2.	<p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral (mis. Akibat cedera kepala stroke iskemik) (SDKI D.0066)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam, diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat, dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan darah membaik 3. Tekanan nadi membaik 4. Bradikardia membaik 5. Pola nafas membaik 6. Respon pupil membaik 7. Reflek neurologis membaik <p>(SLKI L.06049)</p>	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP 4. Monitor CVP 5. Monitor intake dan output <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Berikan posisi semi fowler 7. Pertahankan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi pemberian sedasi atau konvulsan, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui penyebab peningkatan TIK 2. Mengetahui tanda/gejala peningkatan TIK 3. Mengetahui adanya Nilai MAP normal/tidak 4. Mengetahui adanya pemantauan tekanan vena sentral pada pasien secara invasif 5. Mengetahui adanya kebutuhan intake dan output 6. Membantu memposisikan senyaman mungkin 7. Mempertahankan suhu normal 8. Membantu peningkatan pada pemberian obat, jika perlu
3.	<p>Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Kekuatan otot menurun (SDKI D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan, Kriteria Hasil :</p>	<p>Dukungan Ambulasi (1.06171) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keletihan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengetahui toleransi fisik 3. Menjaga nilai normal 4. Menjaga keadaan umum pasien

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (SLKI L.05042) 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Ajarkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Membantu pemenuhan kebutuhan fasilitas pasien 6. Membantu pemenuhan fasilitas mobilisasi pasien 7. Meningkatkan kemandirian keluarga pasien 8. Memberi pengetahuan terkait ambulasi Melatih kelentukan otot 9. Meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan ambulasi
4.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4x24 jam, maka komunikasi verbal	<p>Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (1.13492)</p> <p>Obervasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kecepatan tekanan dan diksi bicara

		<p>Meningkat, dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 4. Kontak mata meningkat <p>(SLKI L.13118)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, tekanan dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misalkan memori, pendengaran dan bahasa) 3. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Gunakan komunikasi alternatif 5. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan 6. Ulangi apa yang disampaikan pasien 7. Gunakan juru bicara, jika perlu 8. Anjurkan berbicara perlahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Mengetahui proses kognitif, anatomis, dan fisiologis saat bicara 3. Mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 4. Meningkatkan kemampuan komunikasi 5. Meningkatkan kemampuan komunikasi sesuai kebutuhan 6. Menguji kebenaran apa yang disampaikan pasien 7. Membantu pemenuhan kebutuhan pasien 8. Meningkatkan kemampuan berbicara pasien 9. Membantu peningkatan kebutuhan pasien
5.	Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI D.0019)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, maka status nutrisi membaik, dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang meningkat 	<p>Manajemen Nutrisi (1.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 3. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 4. Monitor berat badan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui status nutrisi pasien 2. Mengetahui kebutuhan yang diperlukan 3. Memantau perlunya penggunaan alat bantu 4. Mengetahui asupan makanan

		<p>2. Kekuatan otot pengunyah membaik</p> <p>3. Kekuatan otot menelan membaik</p> <p>4. Berat badan membaik</p> <p>5. Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik</p> <p>6. Membran mukosa membaik</p> <p>(SLKI L.03030)</p>	<p>Terapeutik</p> <p>9. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>10. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral ditoleransi</p> <p>Edukasi</p> <p>11. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>12. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>	<p>5. Mengetahui nilai berat badan</p> <p>6. Meningkatkan kebutuhan kebersihan oral</p> <p>7. Menjaga agar tidak terjadi kontipasi</p> <p>8. Meningkatkan kalori dan protein</p>
--	--	--	--	--



3.4 Implementasi dan Asuhan Keperawatan

**Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi
pada Tn. L dengan diagnosa CVA Infark**

No. Dx	Tanggal/waktu	Tindakan	Paraf	Tanggal/waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
1	02 Januari 2024 07.00	Mengikuti timbang terima dengan dinas malam	Fani <i>Fani</i>	02 Januari 2024 14.00	Diagnosa Keperawatan (Gangguan Ventilasi Spontan) S : tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma O : - TTV : 1. TD : 144/111 mmHg 2. N : 110x/menit 3. S : 36,5°C 4. RR : 20x/menit 5. SpO2 : 99% 6. Peep : 6 7. Fio2 : 100% 8. Rate : 20 9. Tampak terpasang ETT 10. Keadaan lemah	Fani
5	09.00	Memberikan cairan Nacl 0,9% 1.000cc/24 jam			A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 3,4,6 dilanjutkan	
5		Memantau BAB dan Bak 1. BAK + 50 cc 2. BAB tidak ada			Diagnosa Keperawatan 2	

5	10.00	Memastikan selang NGT terpasang dengan benar Melakukan suction resistensi putih kental 10cc Memantau retensi 1. Retensi + hijau 50 ccc			(Penurunan Kapasitas Adaptif Kranial) S : tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma O : - TTV 1. TD : 144/111 mmHg 2. N : 110x/menit 3. S : 36 °C 4. RR : 20x/menit 5. Tampak kesadaran menurun 6. Tampak refleks neurologis terganggu A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 3,5,7 dilanjutkan
1		Memonitor alat ETT 1. Peep : 6 2. Fio2 : 100% 3. Rate : 20 4. RR : 36x/menit 5. SPO2 : 99% 6. Suhu : 36,7 C			
1	12.00	Memberikan injeksi 1. Inj. Ceftriaxone 2mg/iv 2. Inj. Dexamithaxon 5mg/iv 3. Inj. Antrain 2mg/iv 4. Inj. Manitol 100ml/iv 5. Inj. Ondansetron 4mg/iv 6. Inj. Transamin 500mg/iv 7. Inj. Vit-K 1mg/iv 8. Inj. Omeprazole 40mg/iv 9. Infus Paracetamol 500mg/iv			Diagnosa Keperawatan 3 (Defisit Nutrisi) S : tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma O : - TTV 1. TD : 144/111 mmHg 2. N : 110x/menit 3. S : 36 °C 4. RR : 20x/menit 5. SpO2 : 99% 6. Tampak kekuatan otot menurun 7. ROM terbatas A : Masalah belum teratasi
5	12.30	Memonitor BB 1. BB : 55 kg			
	13.00	Mengganti pampers 1. BAK 500 cc 2. BAB –	Fani		

	14.00	Melakukan timbang terima dengan dinas sore K/u lemah, kesadaran coma, puasa sementara Memastikan NGT terpasang dengan benar	<i>F of Enst</i>		P : Intervensi 3,5 dilanjutkan	
2					Diagnosa Keperawatan 4 (Gangguan komunikasi verbal) S : tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma	
5	18.00	Memantau retensi NGT 1. Retensi + hijau 100 cc			O : - TTV 1. TD : 144/111 mmHg 2. N : 110x/menit 3. S : 36 °C 4. RR : 20x/menit 5. SpO2 : 99 % 6. Tampak lemah	
	18.30	Mengganti pampers 1. BAK 600 cc 2. BAB 10 cc			A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 2,4 dilanjutkan	
1	19.00	Mengobservasi tanda – tanda vital 1. TD : 139/109 mmHg 2. Nadi : 110x/menit 3. Suhu : 36,7°C 4. RR : 20x/menit 5. SpO2 : 98% 6. GCS E:1 M:1 V:1 total 3			Diagnosa Keperawatan 5 (Gangguan mobilitas fisik) S : tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma	
	21.00	Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien			O :	
1	22.00				1. Terpasang NGT 2. Mukosa bibir kering 3. Keadaan lemah 4. BB 50 kg	
	23.00	Memastikan alat ETT terpasang dengan benar Memantau retensi NGT 1. Retensi + hijau 50 cc			A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 4,6 dilanjutkan	
5		Menikuti timbang terima Mencuci tangan sebelum tindakan				
1	04.00	Mengobservasi tanda-tanda vital 1. TD : 140/109 mmHg				

1	04.20	2. Nadi : 110x/menit 3. Suhu : 36,7°C 4. RR : 20x/menit 5. SpO2 : 98% 6. GCS E:1 M:1 V:1 total 3 Mengobservasi tanda-tanda vital 1. TD : 140/109 mmHg 2. Nadi : 110x/menit 3. Suhu : 36,7°C 4. RR : 20x/menit 5. SpO2 : 98%								
3	06.00	Memastikan alat ETT terpasang dengan benar Melakukan ROM kekuatan otot Extremitas atas kanan dan kiri <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1111</td> <td style="padding: 0 5px;">1111</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1111</td> <td style="padding: 0 5px;">1111</td> </tr> </table> Extremitas bawah kanan dan kiri	1111	1111	1111	1111				
1111	1111									
1111	1111									
	04 Januari 2024 07.00 07.20	Mengikuti timbang terima dengan dinas malam Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien	Fani 	03 Januari 2024 14.00	Diagnosa Keperawatan 1 (Gangguan Ventilasi Spontan) S : tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma O : - TTV : 1. TD : 140/111 mmHg 2. N : 115x/menit	Fani 				

1	07.25	Membersihkan tempat tidur untuk kebersihan lingkungan pasien			3.S : 36 °C	
	08.00	Mengobservasi tanda-tanda vital			4. RR : 21x/menit	
		1. TD : 159/120			5. Peep : 6	
		2. N : 115x/menit			6. Fio2 : 100%	
		3. RR : 20x/menit			7. Rate : 20	
		4. S : 36,5 C			8. Tampak terpasang ETT	
		5. SpO2 : 99			9. Keadaan lemah	
5	09.00	Memberikan cairan Nacl 0,9% 1.000cc/24 jam			A : Masalah belum teratasi	
	10.00	Memantau BAB dan Bak			P : Intervensi 3,4,6 dilanjutkan	
		1. BAK + 200 cc			Diagnosa Keperawatan 2	
		2. BAB 20 cc			(Penurunan Kapasitas Adaptif	
		Memastikan selang NGT terpasang dengan benar			Kranial)	
		Melakukan suction resistensi putih kental 10cc			S : tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma	
5	10.30	Memantau retensi			O : - TTV	
		1. Retensi + hijau 70 cc			1. TD : 140/111 mmHg	
1		Memonitor alat ETT			2. N : 115x/menit	
		1. Peep : 6			3. S : 36 °C	
		2. Fio2 : 75%			4. RR : 21x/menit	
		3. Rate : 20,			5. SpO2 : 98%	
		4. RR : 36x/menit,			6. Tampak kesadaran menurun	
		5. SPO2 : 99%			7. Tampak refleks neurologis terganggu	
		6. Suhu : 36,7 C			A : Masalah belum teratasi	
5	12.00	Memberikan injeksi			P : Intervensi 3,5,7 dilanjutkan	
		1. Inj. Ceftriaxone 2mg/iv				

		<ul style="list-style-type: none"> 4. RR : 20x/menit 5. SpO2 : 98% 6. GCS E:1 M:1 V:1 total 3 	<i>F of</i> <i>Enst</i>		<p>Diagnosa Keperawatan 5 (Defisit Nutrisi) S : tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma O : <ul style="list-style-type: none"> 1. Terpasang NGT 2. Mukosa bibir kering 3. Keadaan lemah 4. BB 55 kg A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 4,6 dilanjutkan</p>
1	18.30	Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien			
	19.00	Memastikan alat ETT terpasang dengan benar			
5	21.00	Memantau retensi NGT			
	22.00	1. Retensi + hijau 50 cc			
	23.00	Menikuti timbang terima			
1	23.00	Mencuci tangan sebelum tindakan			
		Mengobservasi tanda-tanda vital			
		1. TD : 140/109 mmHg			
		2. Nadi : 110x/menit			
		3. Suhu : 36,7°C			
		4. RR : 20x/menit			
		5. SpO2 : 98%			
5	24.00	6. GCS E:1 M:1 V:1 total 3			
	04.00	Memberikan injeksi			
		1. Inj. Ceftriaxone 2mg/iv			
		2. Inj. Dexamithaxon 5mg/iv			
		3. Inj. Antrain 2mg/iv			
		4. Inj. Manitol 100ml/iv			
		5. Inj. Ondansetron 4mg/iv			
		6. Inj. Transamin 500mg/iv			
		7. Inj. Vit-K 1mg/iv			
		8. Inj. Omeprazole 40mg/iv			
		9. Infus Paracetamol 500mg/iv			

1	04.20	Mengbservasi tanda-tanda vital 1. TD : 140/109 mmHg 2. Nadi : 110x/menit 3. Suhu : 36,7°C 4. RR : 20x/menit 5. SpO2 : 98%				
3	06.00	Memastikan alat ETT terpasang dengan benar Melakukan ROM kekuatan otot Ektremitas atas kanan dan kiri 1111 1111 ----- 1111 1111 Ektremitas bawah kanan dan kiri				

	04 Januari 2024		Fani <i>Fani</i>	04 Januari 2024	Diagnosa Keperawatan 1 (Gangguan Ventilasi Spontan) S : tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma O : - TTV : 1. TD : 104/68 mmHg 2. Nadi : 90x/menit 3. Suhu : 36 °C 4. RR : 21x/menit 5. SpO2 : 97% 6. Peep : 6 7. Fio2 : 70% 8. Rate : 20 9. GCS : 1x1 10. Tampak terpasang ETT 11. Keadaan lemah A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 3,4,6 dilanjutkan	Fani <i>Fani</i>
1	07.00	Mengikuti timbang terima dengan dinas malam		14.00		
	07.20	Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien				
	07.25	Membersihkan tempat tidur untuk kebersihan lingkungan pasien Mengobservasi tanda-tanda vital				
	08.00	1. TD : 117/73 2. N : 111x/menit 3. RR : 21x/menit 4. S : 36,5 C 5. SpO2 : 100				
5	09.00	Memberikan cairan Nacl 0,9% 1.000cc/24 jam Memantau BAB dan Bak				
5	10.00	1. BAK + 200 cc 2. BAB 20 cc Memastikan selang NGT terpasang dengan benar Memantau retensi - Retensi + hijau 50 ccc				
1		Memonitor alat ETT 1. Peep : 6			Diagnosa Keperawatan 2 (Penurunan Kapasitas Adaptif Kranial) S : tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma O : - TTV 1. TD : 104/68 mmHg	

5	10.30	2. Fio2 : 100% 3. Rate : 20, 4. RR : 20x/menit, 5. SPO2 : 99% 6. Suhu : 36,7 C Memberikan injeksi 1. Inj. Ceftriaxone 2mg/iv 2. Inj. Dexamithaxon 5mg/iv 3. Inj. Antrain 2mg/iv 4. Inj. Manitol 100ml/iv 5. Inj. Ondansetron 4mg/iv 6. Inj. Transamin 500mg/iv 7. Inj. Vit-K 1mg/iv 8. Inj. Omeprazole 40mg/iv 9. Infus Paracetamol 500mg/iv			2. N : 90x/menit 3. S : 36 °C 4. RR : 21x/menit 5. SpO2 : 97% 6. Tampak kesadaran menurun 7. Tampak refleks neurologis terganggu A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 3,5,7 dilanjutkan
5	12.30	Memonitor BB 1. BB : 50 kg Mengganti pampers 1. BAK 300 cc 2. BAB tidak ada	Fani		Diagnosa Keperawatan 3 (Gangguan Mobilitas Fisik) S : tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma O : - TTV 1. TD : 104/68 mmHg 2. N : 90x/menit 3. S : 36 °C 4. RR : 21x/menit 5. SpO2 : 97% 6. Tampak kekuatan otot menurun 7. ROM terbatas A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 3,5 dilanjutkan
2	13.00	Melakukan timbang terima dengan dinas sore K/u lemah, kesadaran coma, puasa sementara	<i>Fani</i>		
5	14.00	Memastikan NGT terpasang dengan benar Memantau retensi NGT - Retensi + hijau 100 cc			Diagnosa Keperawatan 4 (Gangguan komunikasi verbal)

1	18.00	<p>Mengganti pampers</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BAK 200 cc 2. BAB 20 cc <p>Mengobservasi tanda – tanda vital</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD : 119/109 mmHg 2. Nadi : 110x/menit 3. Suhu : 36,7°C 4. RR : 20x/menit 5. SpO2 : 98% 6. GCS E:1 M:1 V:1 total 3 <p>Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien</p> <p>Memastikan alat ETT terpasang dengan benar</p> <p>Memantau retensi NGT</p> <p>- Retensi + hijau 50 cc</p>			<p>S : tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma</p> <p>O : - TTV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD : 104/68 mmHg 2. N : 90x/menit 3. S : 36 °C 4. RR : 21x/menit 5. Tampak lemah <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 2,4 dilanjutkan</p>		
5	18.30		<i>Faint</i>				
1	19.00	<p>Menikuti timbang terima</p> <p>Mencuci tangan sebelum tindakan</p> <p>Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD : 140/109 mmHg 2. Nadi : 110x/menit 3. Suhu : 36,7°C 4. RR : 20x/menit 5. SpO2 : 98% 6. GCS E:1 M:1 V:1 total 3 				<p>Diagnosa Keperawatan 5 (Defisit Nutrisi)</p> <p>S : tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terpasang NGT 2. Mukosa bibir kering 3. Keadaan lemah 4. BB 55 kg <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 4,6 dilanjutkan</p>	
	21.00						
	22.00						
	23.00						
5		<p>Memberikan injeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inj. Ceftriaxone 2mg/iv 2. Inj. Dexamithaxon 5mg/iv 					

1	24.00	3. Inj. Antrain 2mg/iv 4. Inj. Manitol 100ml/iv 5. Inj. Ondansetron 4mg/iv 6. Inj. Transamin 500mg 7. Inj. Vit-K 1mg/iv 8. Inj. Omeprazole 40mg/iv 9. Infus Paracetamol 500mg/iv Mengbservasi tanda-tanda vital 1. TD : 104/68 mmHg 2. Nadi : 90x/menit 3. Suhu : 36,7°C 4. RR : 21x/menit 5. SpO2 : 70%				
	04.00	Memastikan alat ETT terpasang dengan benar Melakukan ROM kekuatan otot Ektremitas atas kanan dan kiri 1111 1111 _____				
	04.20	06.00 1111 1111 Ektremitas bawah kanan dan kiri				
	04 Januari 2024 07.00	Mengikuti timbang terima dengan dinas malam	Fani <i>Fani</i>	05 Januari 2024 14.00	Diagnosa Keperawatan 1 (Gangguan Ventilasi Spontan) S : tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma O : - TTV :	Fani <i>Fani</i>

	07.20	Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien			2. TD : 85/58 mmHg	
	07.25	Membersihkan tempat tidur untuk kebersihan lingkungan pasien			3. N : 90x/menit	
		Mengobservasi tanda-tanda vital			4. S : 36 °C	
1	08.00	1. TD : 85/58 mmHg 2. N : 118x/menit 3. RR : 20x/menit 4. S : 36,5 C 5. SpO2 : 97%			5. RR : 21x/menit	
5	09.00	Memberikan cairan Nacl 0,9% 1.000cc/24 jam			6. SpO2 : 97%	
		Memantau BAB dan Bak			7. Peep : 6	
5	10.00	1. BAK + 200 cc 2. BAB 20 cc 3. Memastikan selang NGT terpasang dengan benar			8. Fio2 : 70%	
		Memantau retensi - Retensi + hijau 50 ccc			9. Rate : 20	
1		Memonitor alat ETT			10. GCS : 1x1	
		1. Peep : 6 2. Fio2 : 90% 3. Rate : 20, 4. RR : 20x/menit, 5. SPO2 : 98% 6. Suhu : 36,5 C			11. Tampak terpasang ETT	
	10.30	Memberikan injeksi			12. Keadaan lemah	
5		1. Inj. Ceftriaxone 2mg/iv			A : Masalah sudah teratasi	
					P : Intervensi 3,4,6 dihentikan	
					Diagnosa Keperawatan 2	
					(Penurunan Kapasitas Adaptif	
					Kranial)	
					S : tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma	
					O : - TTV	
					1. TD : 85/68 mmHg	
					2. Nadi : 90x/menit	
					3. Suhu : 36 °C	
					4. RR : 21x/menit	
					5. SpO2 : 97%	
					6. Tampak kesadaran menurun	
					7. Tampak refleks neurologis terganggu	

		<ul style="list-style-type: none"> 2. Inj. Dexamithaxon 5mg/iv 3. Inj. Antrain 2mg/iv 4. Inj. Manitol 100ml/iv 5. Inj. Ondansetron 4mg/iv 6. Inj. Transamin 500mg/iv 7. Inj. Vit-K 1mg/iv 8. Inj. Omeprazole 40mg/iv 9. Infus Paracetamol 500mg /iv 			<p>A : Masalah sudah teratasi P : Intervensi 3,5,7 dilanjutkan</p>	
5	12.30	<p>Memonitor BB - BB : 50 kg</p>	<i>F of Emit</i>		<p>Diagnosa Keperawatan 3 (Gangguan Mobilitas Fisik) S : tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma O : - TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. TD : 85/68 mmHg 2. Nadi : 90x/menit 3. Suhu : 36 °C 4. RR : 21x/menit 5. SpO2 : 97% 6. Tampak kekuatan otot menurun 7. ROM terbatas 	
	13.00	<p>Mengganti pampers 1. BAK 300 cc 2. BAB –</p>				
2	14.00	<p>Melakukan timbang terima dengan dinas sore K/u lemah, kesadaran coma, puasa sementara Memastikan NGT terpasang dengan benar Memantau retensi NGT - Retensi + hijau 50 cc</p>				<p>A : Masalah sudah teratasi P : Intervensi 3,5 dilanjutkan</p>
5		<p>Mengganti pampers 1. BAK 200 cc 2. BAB -</p>				<p>Diagnosa Keperawatan 4 (Gangguan komunikasi verbal) S : tidak dapat terkaji karena pasien kesadaran coma O : - TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. TD ; 85/68 mmHg 2. Nadi : 90x/menit 3. Suhu : 36 °C 4. RR : 21x/menit
1	18.00	<p>Mengobservasi tanda – tanda vital 1. TD : 67/41 mmHg 2. Nadi : 110x/menit 3. Suhu : 36,7°C</p>				

	05.00	(pasien meninggal)	Est			
--	-------	--------------------	-----	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 penulis akan membahas seluruh tahapan proses keperawatan yang ditemui selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. L dengan diagnosa medis *Cerebro Vacscullar Accident (CVA)* Infrak di ruang PICU RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi. Asuhan keperawatan ini dilaksanakan mulai tanggal 02 sampai 05 Januari 2024.

4.1 Pengkajian

4.1.1 Data Dasar

Pada pasien Tn. L adalah laki-laki yang berusia 20 tahun. Menurut data organisasi kesehatan dunia atau WHO menyatakan bahwa 7,9 persen total kematian yang ada di Indonesia pada tahun 2019. Insiden penyakit Stroke di seluruh dunia adalah sekitar 15 juta individu yang mengalami stroke (World Health Organization, 2019).

Penyakit Stroke atau (*Cerebro Vasculiar Accident*) CVA Infark adalah suatu keadaan pembuluh darah otak yang mengalami sumbatan yang mengakibatkan sebagian otak tidak bisa mendapatkan pasokan darah dari oksigen yang dapat terjadinya kematian sel atau jaringan pada otak (Date and Search, 2019).

Penulis berasumsi bahwa usia dewasa bisa terjadi CVA Infark karena terjadi trauma pada kepala dapat memicu gangguan dalam tubuh yang menyebabkan stroke iskemik. Mengakibatkan kerusakan otak permanen atau bahkan kematian, jika aliran darah tidak kembali cukup.

4.1.2 Keluhan Utama

Pada saat pengkajian didapatkan kondisi pasien terpasang penggunaan alat bantu napas *Endotracheal Tube*. Penyakit CVA Infark adalah suatu keadaan pembuluh darah otak yang mengalami sumbatan yang mengakibatkan sebagian otak tidak bisa mendapatkan pasokan darah dari oksigen yang dapat terjadinya kematian sel atau jaringan pada otak (Date and Search, 2019). Pada pasien yang mengalami depresi pusat pernafasan (hipoventilasi) terjadi ketika bernapas terlalu lambat atau terlalu dangkal, sehingga menyebabkan penumpukan karbon dioksida dalam darah. Pada kondisi pasien mengalami trauma pada kepala disebut CVA Infark.

Penulis berasumsi bahwa pada saat terjadinya kejang disebabkan oleh ledakan aktivitas listrik yang tidak teratur secara tiba-tiba di otak dan dapat mengakibatkan kerusakan aliran darah pada sel dan saraf yang menyebabkan kejang. Tanda- tanda yang muncul seperti perubahan kedaratan menurun, perubahan kognitif atau emosional.

4.1.3 Kebutuhan Dasar

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan pada Tn. L terpasang *Endotracheal Tube*, terpasang *Nasogastrube* no. 12 residu bewarna hijau, penurunan kesadaran GCS E:1 V:1 M:1, kekuatan otot menurun. Penyakit Stroke dapat juga menunjukkan gejala lain seperti adanya kelumpuhan otot, hipertensi, kolestrol tinggi, diabetes dan obesitas (July, 2017).

Penulis berasumsi bahwa pasien dengan penyakit CVA Infark mengalami gangguan pada sistem persyarafan, dikarenakan suatu keadaan pembuluh darah

otak yang mengalami sumbatan yang mengakibatkan sebagian otak tidak bisa mendapatkan pasokan darah dari oksigen yang dapat terjadinya kematian sel atau jaringan pada otak.

4.1.4 Pemeriksaan Fisik

Pada tinjauan kasus di pemeriksaan fisik didapatkan keadaan lemah, kesadaran coma, terpasang *Endotracheal Tube*, RR: 20x/menit, terpasang kateter urine no.12 bewarna kemerahan, terpasang *Nasogastrube* no.12 bewarna kecoklatan.

Dengan gejala yang timbul : adanya gangguan pernapasan dan keadaan umum lemah. pasien terpasang alat bantu napas *Endotracheal Tube*, terpasang *Nasogastrube* no.12 kehijauan, penurunan kesadaran coma, E: 1 V:1 M:1, penyakit stroke dapat juga mengalami gangguan pada sistem persyarafan, dikarenakan suatu keadaan pembuluh darah otak yang mengalami sumbatan yang mengakibatkan sebagian otak tidak bisa mendapatkan pasokan darah dari oksigen yang dapat terjadinya kematian sel atau jaringan pada otak. pada beberapa kasus stroke menunjukkan gejala lain seperti adanya kelemahan otot, gangguan verbal, aktivitas terganggu. penyakit stroke dapat juga menunjukkan gejala lain seperti obesitas, hipertensi, kecanduan alkohol, sakit kepala berat, mengalami penurunan kesadaran.

Penulis berasumsi bahwa ketika sistem persyarafan mengalami gangguan masalah akan berdampak pada fungsi tubuh, mulai dari bergerak, berbicara, dan terjadinya kelumpuhan. Sistem saraf dan otak memiliki peran yang penting yaitu mengatur kinerja berbagai organ tubuh seperti jantung dan paru-paru dan memiliki refleks ketika tubuh terpapar sesuatu yang berbahaya.

4.2 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Ventilasi Spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan (SDKI D.0004).

Penulis mengangkat masalah keperawatan gangguan ventilasi spontan karena ditemukan data saat pengkajian terdapat Data Objektif pasien tampak lemah, terpasang alat bantu *Endotracheal Tube* (ETT) no.7 kedalaman 20, sambung ventilator mode PVC, Peep : 6, Fio2 : 100%, Rate : 20.

Gangguan ventilasi spontan adalah penurunan cadangan energi yang mengakibatkan individu tidak mampu bernapas secara adekuat (SDKI, 2017). didukung pada data objektif penyebab kelelahan otot pernapasan dengan terpasang *Endotracheal Tube*, PCO₂ meningkat, PO₂ menurun dan nadi cepat.

Penulis berasumsi dari diagnosa gangguan ventilasi spontan pada pasien dengan data bahwa pasien CVA Infark mengalami penurunan kesadaran dan penggunaan otot bantu napas, gejala tersebut mengalami kecocokan pada pasien Tn. L.

2. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan edema serebral (mis. Akibat cedera kepala), (SDKI. D0066).

Penulis mengangkat masalah keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial karena ditemukan penurunan kesadaran coma, GCS E:1 V:1 M:1, tanda-tanda vital tekanan darah : 144/111 mmHg, Nadi: 89x/menit, S: 36,5 C, RR : 20x/menit. Hasil pemeriksaan CT-Scan akut infark di subkortikal kiri basal posterior dengan hasil kesan pada amygdala kiri dan sedikit mengenai hipocampus kiri.

Penurunan kapasitas adaptif intrakranial adalah gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap dstimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial (SDKI, 2017). Dengan penyebab edema serebral (mis. akibat cedera kepala stroke iskemik) dengan hasil ct-scan akut infark di subkortikal temporal kiri basal posterior yang kesan pada amygdala kiri dan sedikit mengenai hipocampus kiri.

Penulis mengangkat diagnosa ini sesuai dengan data yang didapatkan saat pengkajian pada pasien terdapat penurunan kesadaran coma, peningkatan tekanan darah, refleks neurologis terganggu.

3. Gangguan Mobilitas Fisik ditandai dengan penurunan kekuatan otot (SDKI D.0054).

Penulis mengangkat masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik karena ditemukan penurunan kekuatan otot, kemampuan bergerak terbatas, ROM terbatas pada anggota tubuh ekstremitas atas dan bawah.

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SDKI, 2017). Dengan penyebab peburunan kekuatan otot dengan data objektif kekuatan otot menurun, ROM terbatas, gerakan terbatas dan fisik lemah.

Penulis berasumsi bahwa terdapat kesamaan anatar teori dan di lapangan. Pada teori dijelaskan bahwa pasien yang menderita CVA Infark akan mengalami penurunan kekuatan otot dimana didapatkan hasil ROM pada pasien dengan skala 1.

4. Gangguan Komunikasi Verbal ditandai dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D. 0119).

Penulis mengangkat masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal karena ditemukan gangguan neuromuskuler, tampak lemas, tidak mampu berbicara dan mendengar, tidak ada kontak mata, tidak mampu menggunakan ekspresi wajah dan tubuh.

Gangguan komunikasi verbal adalah penurunan, perlambatan atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan atau menggunakan sistem simbol (SDKI, 2017). Dengan penyebab gangguan neuromuskuler didapatkan data objektif mengalami Pasien tampak lemas, tidak mampu berbicara dan mendengar, tidak ada kontak mata, tidak mampu menggunakan ekspresi wajah dan tubuh.

penulis mengangkat diagnosa ini sesuai dengan data yang didapatkan pada saat pengkajian tidak mampu mendengar, tidak ada kontak mata dan tidak ada ekspresi tubuh.

5. Defisit Nutrisi ditandai dengan ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI D.0019).

Penulis mengangkat masalah keperawatan Defisit nutrisi karena ditemukan ketidakmampuan menelan makanan karena ditemukan tampak lemas, mukosa bibir kering, pasien sementara puasa, terpasang *Nasogastube* no.12 residu berwarna kehijauan.

Defisit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (SDKI, 2017). Dengan karakteristik gejala mayor data objektif

yaitu nberat badan menurun 10% dibawah rentang ideal, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, serum albumin menurun. .

Alasan penulis menegakkan diagnosa defisit nutrisi karena memenuhi data mayor dan minor yaitu pasien mengalami penurunan berat badan 5 kg, membran mukosa pucat dan terpasang NGT dengan residu kehijauan 50cc.

4.3 Intervensi Keperawatan

Pada tahap perencanaan terdapat tujuan dan kriteria hasil diharapkan dapat sesuai dengan sasaran yang diharapkan terhadap kondisi pasien.

1. Gangguan Ventilasi Spontan berhubungan dengan kelahan otot pernapasan, Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan ventilasi spontan meningkat dengan kriteria hasil : dipsnea menurun (normal pernafasan 16-20x/menit), penggunaan otot bantu nafas menurun, PCO2 membaik, takkikardia menurun (normal nadi 60-100x/menit). Detak jantung cepat atau lambat (normal 50-60x/menit), gula darah rendah (normal 50-60mg/dl).berikan posisi fowler. Dengan intervensi keperawatan mengidentifikasi adanya kelelahan dan bantu napas, memonitor status respirasi, melakukan suction, dan memberikan posisi fowler. Pada saat tindakan tidak dilakukan intervensi bronkodilator karena pasien tidak dilakukan nebulisasi.
2. Penurunan Adaptif Intrakranial berhubungan dengan edema serebral (mis. cedera kepala).

Tujuan yang ingin dicapai penulis dalam intervensi yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan Kapasitas adaptif intrakranial meningkat meningkat dengan kriteria hasil : tingkat kesadaran meningkat, sakit kepala menurun, tekanan darah membaik, pola napas membaik,

respon pupil membaik, reflek neurologis membaik. Intervensi yang diberikan meliputi: monitor tekanan darah dan monitor intake dan output, mempertahankan suhu tubuh normal.

3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Tujuan yang ingin dicapai penulis dalam intervensi yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat.intervensi yang diberikan meliputi : monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum ambulasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar dan tempat tidur), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Pada diagnosa ini intervensi yang tidak dilakukan yaitu memfasilitasi aktivitas mobilisasi (duduk di tempat tidur dll) dikarenakan kesadaran pasien menurun.

4. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.

Tujuan yang ingin dicapai penulis dalam intervensi yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : kemampuan berbicara meningkat, kemampuan mendengar meningkat, kesesuaian wajah/tubuh meningkat, afasia menurun. Intervensi yang diberikan meliputi : gunakan komunikasi alternatif. Pada diagnosa ini semua intervensi tidak dilakukan karena nilai verbal pasien 0.

5. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

Tujuan yang ingin dicapai penulis dalam intervensi yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : porsi makanan yang meningkat, berat badan membaik,

indeks massa tubuh membaik. Intervensi yang diberikan meliputi : identifikasi kebutuhan kalori jenis nutrien, monitor berat badan, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein. Intervensi yang tidak dilakukan adalah memberikan diet tinggi kalori tinggi protein karena masih terdapat residu berwarna kehijauan 50 cc/8jam sehingga pasien dipuaskan sementara.

4.4 Implementasi Keperawatan

1. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan.

Implementasi yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa gangguan ventilasi spontan yaitu monitor frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen, tindakan *suction* hisap lendir dilakukan 15 detik, setelah itu dilihat warna sputum putih kental 10cc/1jam, tujuan dari tindakan ini membersihkan jalur napas dengan menggunakan selang kateter penghisap dan terdapat bunyi napas tambahan weezing.

2. Penurunan adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (mis. Akibat cedera kepala stroke iskemik).

Implementasi yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa penurunan adaptif intrakranial yaitu monitor tanda gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun), monitor status pernafasan, monitor intake dan output cairan, pertahankan suhu normal dan monitor tingkat kesadaran.

Pada diagnosa ini implementasi tidak dilakukan karena pasien mengalami penurunan kesadaran coma dengan GCS Eye : 1 Verbal : 1 Motorik 1.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Implementasi yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa gangguan mobilitas

fisik yaitu memberikan fasilitas aktivitas mobilisasi seperti memberikan pagar di samping tempat tidur dan dilakukan latihan ROM (Range of Motion) yang bertujuan tindakan yang melatih otot atau persendian yang diberikan kepada pasien yang mobilitas sendinya terbatas karena penyakit atau trauma.

4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.

Implementasi yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa ini yaitu menggunakan komunikasi alternatif tetapi tidak dilakukan dikarenakan pasien mengalami penurunan kesadaran coma dengan skala verbal 0.

5. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan,.

Implementasi yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa defisit nutrisi yaitu memonitor BB, memberikan cairan infus 1.100 cc/24 jam dan memantau resistensi NGT.

Pada diagnosa ini tidak ada implementasi tambahan dikarenakan pasien puasa sementara sehingga tidak terjadi perubahan atau peningkatan berat badan.

4.5 Evaluasi Keperawatan

1. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan.

Pada pasien dengan diagnosa gangguan ventilasi spontan dibutuhkan waktu 3x24 jam, belum teratasi tekanan darah : 139/109 mmHg, Nadi : 89x/menit, Suhu : 36,7°C, RR : 20x/menit SPO2 : 99%, melakukan penghisapan lendir selama 15 menit detik selama 1 jam sekali. terdengar bunyi nafas wheezing.

2. Penurunan adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (mis. Akibat cedera kepala stroke iskemik).

Pada pasien dengan diagnosa gangguan ventilasi spontan dibutuhkan waktu 3x24 jam, tekanan darah: 139/109 mmHg, Nadi : 89x/menit, Suhu : 36,7°C, RR : 20x/menit SPO2 : 99%, penurunan kesadaran coma GCS E:1 V:1 M:1.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam pasien tidak dapat menggerakkan tubuh bagian atas dan kanan kiri, intervensi dilakukan latihan ROM (*Range of Motion*) untuk bertujuan tindakan yang melatih otot atau persendian yang diberikan kepada pasien yang mengalami mobilitas fisik.
4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam pasien tidak pelo, kemampuan berkomunikasi meningkat. Pada diagnosa ini tidak di implementasikan dikarenakan pasien mengalami penurunan kesadaran coma.
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan. Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam, pasien terpasang infus Nacl 0,9% 1.500cc/24 jam , terpasang Nasogastube (NGT) no.12 residu bewarna kehijauan, sementara pasien puasa.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di ruang PICU RSPAL dr.Ramelan Surabaya, maka penulis menarik beberapa kesimpulan dan saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark.

5.1 Simpulan

1. Pada pengkajian didapatkan keadaan pasien lemah dan kesadaran coma. Pada tanggal 22 Desember 2023 diantarkan ibunya di IGD RSPAL dr. Ramelan Surabaya dengan keluhan sakit kepala, demam, diare, dilakukan pemeriksaan laboratorium dan foto thorax dengan hasil didapatkan hasilnya curiga peradangan paru. Pada tanggal 23 Desember 2023 dipindahkan ke ruang V anak keadaan semakin menurun, pada tanggal 29 Desember 2023 dipindahkan ke ruang PICU. Saat dilakukan observasi, didapatkan kondisi pasien lemah, kesadaran delirium, GCS 335 E:3 V:3 M:5, akral hangat, pupil isokor dilatasi, terpasang *Nasogastube*, terpasang Kateter urine. Pada tanggal 2 Januari 2024 keadaan semakin murun kesadaran coma, selanjutnya terpasang *Endotracheal Tube*.
2. Diagnosa keperawatan utama pada Tn. L adalah Gangguan Ventilasi Spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan dikarenakan pasien terdapat pernapasan cuping hidung dan tidak adanya retraksi dada. Selanjutnya terpasang *Endotracheal Tube* (ETT) no.7 selanjutnya diagnosa penurunan kapasitas

adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral dikarenakan pasien terdapat penurunan kesadaran coma, GCS E:1 V:1 M:1. Selanjutnya diganosa Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dikarenakan pasien terdapat kekuatan otot menurun, ROM terbatas, selanjutnya diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dikarenakan pasien terdapat tampak lemas, tidak mampu berbicara, selanjutnya diagnosa Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan dikarenakan pasien terpasang *Nasogastube* no.12 residu bewarna kehijauan.

3. Perencanaan yang diberikan pada pasien dengan CVA Infark pada masalah Gangguan ventilasi spontan adalah dukungan ventilasi adalah identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas, monitor status respirasi dan oksigenasi. Selanjutnya penurunan kapasitas adaptif intrakranial adalah manajemen peningkatan tekanan intrakranial adalah monitor tanda dan gejala, monitor MAP, CVP, monitor intake dan output. Selanjutnya gangguan komunikasi verbal adalah defisit bicara adalah monitor proses kognitif dan fisiologis. Selanjutnya defisit nutrisi adalah manajemen nutrisi adalah identifikasi status nutrisi, kebutuhan kalori, monitor berat badan, berikan makanan tinggi serat.
4. Pelaksanaan yang diberikan pada pasien CVA Infark pada diagnosa gangguan ventilasi spontan diberikan *Endotracheal Tube* no.7. diagnosa penurunan kapasitas adaptif intrakranial diberikan posisi semi fowler, diagnosa gangguan mobilitas fisik diberikan gerak ROM. Diagnosa gangguan komunikasi verbal diberikan komunikasi alternatif, diagnosa defisit nutrisi diberikan injeksi obat Ranitidin 4mg/IV, memantau retensi NGT.

5. Evaluasi pada pasien dengan diagnosa CVA Infark belum teratasi selama dirawat di PICU keadaan pasien semakin menurun. Dokter dan perawat sudah memberikan perawatan semaksimal mungkin tetapi Allah berkehendak lain.

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan yang ada diatas, penulis memberikan beberapa saran berikut ini :

1. Bagi Akademik, khususnya pada dosen dan staff perpustakaan hendaknya menambah buku-buku referensi di perpustakaan sehingga mahasiswa dapat memberikan asuhan keperawatan pada Tn. L dengan CVA Infark dengan lebih baik dan sesuai.
2. Rumah Sakit, sebaiknya mengadakan pelatihan/ seminar untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.
3. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya memiliki pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan CVA Infark agar pasien tidak sampai menderita komplikasi lebih lanjut.
4. Bagi pasien dan keluarga : agar selalu memperhatikan pasien dan memberikan semangat dan kesembuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Utama, Y.A. and Nainggolan, S.S. (2022) 'Faktor Resiko yang Mempengaruhi Kejadian Stroke: Sebuah Tinjauan Sistematis', *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 22.
- Date, R. and Search, Q. (2019) 'Angka Kejadian Pada Penyakit *Cerebro Vascular Accident*', pp. 1–154.
- Seri Rezki Fauziah (2019) 'Penyakit Cva Infark, Sebuah Tinjauan Pustaka Tentang Manifestasi Klinis, Anatomi Fisiologi Otak'.
- Date, Reaxys, and Query Search. 2019. "Angka Kejadian Pada Penyakit Cerebro Vascular Accident." 1–154.
- Garate, Jhonny. 2021. "Jumlah Penderita CVA Infark Tahun 2021." *Occupational Medicine* 53(4):130.
- lian. 2023. *Jurnal Stroke*. Vol. 5.
- Malla Avila, Diana Esperanza. 2022. "Konsep Asuhan Keperawatan." (8.5.2017):2003–5.
- Nuzulia, Atina. 2021. "Asuhan Keperawatan Anak." *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. 5–24.
- Ruang, D. I., Krissan R sud, Bangil Pasuruan, Program Diii Keperawatan, Akademi Keperawatan, and Kerta Cendekia. 2020. "Karya Tulis Ilmiah."
- Joyce and Jane, 2021. *Pohon Masalah CVA Infark stroke iskemik*
- Ariani, T.A. (2014). *Sistem Neurobehavior*. Salemba Medika.
- Mutaqin, A. (2015). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan gangguan Persarafan*. Salemba Medika, 2014.
- Esther, C. (2014). *Patofisiologi: Aplikasi pada praktik keperawatan*, EGC.
- Tarwoto, (2015). *Keperawatan medikal bedah gangguan sistem persyarafan*. Sagung Seto/2013.
- Wijaya, A.S. & Putri, Y. M. (2013). *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah Dewasa Teori&Contoh Askep*. Yogyakarta : Nuba Medika
- Setiadi. (2016). *Dasar- dasar Anatomi dan Fisiologi Manusia*. Indonesia, 2017.
- Sudoyo, (2014). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Jakarta Pusat : Interna Publishing.
- Nuzulia, 2021. *Asuhan Keperawatan dengan Ny. I*. Semarang : Indomedia Pustaka
- Rung et al 2020. *Guideline CVA Infark 2020*. Jakarta : Himpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia
- PPNI (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI, T. P. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan ;
DPP PPNI

PPNI, T. P. 2016. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan ;
DPP PPNI

PPNI, T. P. 2016. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan ;
DPP PPNI

	<ol style="list-style-type: none"> 9. Berikan oksigenasi 100% minimal 30 detik dengan selang oksigen 10. Pasang sarung tangan steril 11. Lakukan penghisapan tidak lebih dari 15 detik 12. Lakukan penghisapan pada ETT terlebih dahulu lalu hidung dan mulut, jika pasien terpasang ETT 13. Bilas selang suction dengan cairan steril 14. Berikan kesempatan bernapas 3-5 kali sebelum penghisapan berikutnya 15. Monitor saturasi oksigen selama penghisapan 16. Lepas dan buang selang suction 17. Matikan mesin suction 18. Auskultasi kembali suara nafas 19. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan 20. Lepaskan sarung tangan 21. Lakukan kebersihan cuci tangan 6 langkah
Tahap Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap mengevaluasi hasil tindakan yang baru dilakukan 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan dan mengembalikan dalam lembar catatan keperawatan
Referensi	PPNI (2021). <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i> , Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.