

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS
CVA INFARK DI PAVILIUN VII B RSPAL Dr. RAMELAN
SURABAYA**



Oleh :

YOSEP YUDI CAHYONO
NIM 193.0020

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS
CVA INFARK DI PAVILIUN VII B RSPAL Dr. RAMELAN
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners**



Oleh :

YOSEP YUDI CAHYONO
NIM 193.0092

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020**

SURAT PERNYATAAN

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

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

Surabaya, 23 Juli 2020
Penulis

Yosep Yudi Cahyono.
1930092

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Yosep Yudi Cahyono.,S.Kep

NIM : 193.0092

Program Studi : Profesi Ners

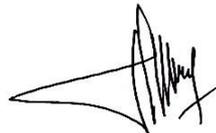
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Diagnosa Medis
CVA Infark Di Paviliun VII B RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

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

NERS (Ns.) Surabaya,

23 Juli 2020

Pembimbing



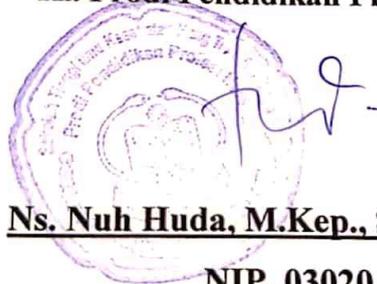
Ns. Imroatul Farida, M. Kep.

NIP.03.028

Mengetahui,

STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners



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

NIP. 03020

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Yosep Yudi Cahyono.,S.Kep

NIM : 193.0092

Program Studi : Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Diagnosa

Medis CVA Infark Di Paviliun VII B RSPALI Dr. Ramelan Surabaya Telah

dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah

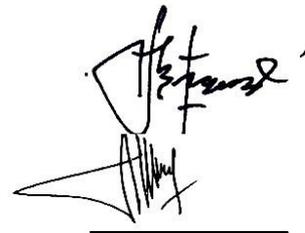
Surabaya, pada hari Kamis tanggal 23 Juli 2020 bertempat di Stikes Hang Tuah

Surabaya, dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat

untuk memperoleh gelar “**NERS**” pada Prodi Profesi Ners Stikes Hang Tuah

Surabaya.

Penguji 1 : Ns. Setiadi, M.Kep.
NIP. 03001

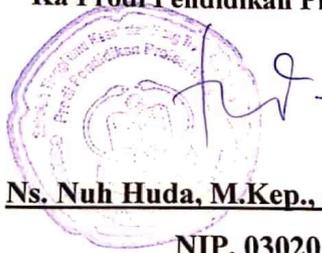


Penguji 2 : Ns. Imroatul Farida, M.Kep.
NIP. 03028

Mengetahui,

STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners



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

NIP. 03020

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“Melakukan Segala Sesuatu Dengan Penuh Tanggung Jawab Adalah Bukti Dari Meresponi Janji Tuhan”

Kupersembahkan Karya yang sederhana ini kepada :

1. Tuhan Yang Maha Esa, Tuhan Yesus Kristus yang sudah memberikan Kesehatan, kekuatan dan kemudahan dalam proses pengambilan gelar Ners
2. Bapak Suwikan dan Ibu Sulis yang selalu mendoakan untuk kesuksesanku, terimakasih untuk segala doa, kasih sayang, dukungan, bimbingan, dan perhatian yang telah diberikan kepada saya selama ini.
3. Bapak Ibu Dosen yang sudah dengan penuh sabar membimbing kami selama praktek dan selama pandemic ini. Semoga Tuhan yang Maha Pemurah memberikan Kesehatan dan rezeki yang berlimpah untuk bapak ibu dosen sekalian
4. Para teman-teman laki-laki Gerbong 2 yang sudah saling support satu sama lain selama praktik ners dan penyusunan tugas akhir ini supaya tugasnya segera selesai.
5. Teman sebimbingan karya tulis (Ike F, Lilawati, dan Nadya) terimakasih sudah saling memberikan semangat, bantuan dan candaan saat konsul.
6. Teman-Teman Profesi Ners A10 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah mampu berjuang bersama dalam menyelesaikan pendidikan Profesi ini di tengah pandemi Covid-19 ini

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan waktu yang ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Profesi Ners

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp. THT-KL,Sp.KL selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Ibu Wiwiek Liestyningrum, M. Kep selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya untuk menyelesaikan pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Bapak Ns. Nuh Huda.,M.Kep.Sp.Kep.MB selaku Kepala Program Studi Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Ns. Imroatul Farida, M. Kep, selaku pembimbing , yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga , pikiran serta perhatian dalam

memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Bapak Ns. Setiadi, M.Kep, selaku penguji yang merelakan waktunya untuk memberi arahan, masukan serta bimbingannya dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini
6. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, 23 Juli 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

COVER LUAR

COVER DALAM	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii

BAB 1 PENDAHULUAN 1

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.4 Manfaat	5
1.5 Metode Penelitian.....	6
1.6 Sistematika Penulisan	7

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA..... 9

2.1 Konsep Tonsilitis	9
2.1.1 Pengertian	9
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi.....	10
2.1.3 Etiologi	17
2.1.4 Faktor Resiko	18
2.1.5 Manifestasi Klinis	22
2.1.6 Patofisiologi	23
2.1.7 Pathway	25
2.1.8 Klasifikasi	26
2.1.9 Komplikasi	26
2.1.10 Diagnosa Banding	27
2.1.11 Pencegahan.....	28
2.1.12 Penatalaksanaan	29

2.1.13 Terapi	31
2.1.14 Pemeriksaan Diagnostik.....	33
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	34
2.2.1 Pengkajian	34
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	41
2.2.3 Intervensi	42
2.2.4 Implementasi	51
2.2.5 Evaluasi	52
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	53
3.1 Pengkajian Keperawatan.....	53
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	69
3.3 Perencanaan Keperawatan	72
3.4 Pelaksanaan Keperawatan.....	77
3.5 Evaluasi Keperawatan	77
BAB 4 PEMBAHASAN	94
4.1 Pengkajian Keperawatan.....	94
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	104
4.3 Perencanaan Keperawatan	106
4.4 Pelaksanaan Keperawatan.....	109
4.5 Evaluasi Keperawatan	112
BAB 5 PENUTUP.....	115
5.1 Simpulan	115
5.2 Saran.....	117
DAFTAR PUSTAKA	119

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Sebagian dari kita tahu kalau merokok itu tidak baik bagi kesehatan. Namun kebiasaan merokok masih saja dilakukan oleh banyak orang dengan berbagai alasan. Perokok sebenarnya membuka dirinya terhadap resiko penyakit CVA Infark (Junaedi, 2011). CVA Infark merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana CVA Infark didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan (CVA Infark iskemik) atau perdarahan (CVA Infark hemoragik) (Junaedi, 2011). CVA Infark merupakan kelainan fungsi otak yang timbul secara mendadak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja. CVA Infark merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak. Selain itu, masalah-masalah yang ditimbulkan oleh CVA Infark yaitu adanya gangguan fungsi vital otak seperti gangguan koordinasi, gangguan keseimbangan, gangguan kontrol postur, gangguan sensasi dan gangguan refleks gerak akan menurunkan kemampuan aktivitas fungsional individu sehari-hari (Irfan, 2010).

CVA Infark adalah masalah neurologik primer di AS dan di dunia. Meskipun upaya pencegahan telah menimbulkan penurunan insiden dalam beberapa tahun terakhir, CVA Infark adalah peringkat ketiga penyebab kematian, dengan laju mortalitas 18% sampai 37% untuk CVA Infark pertama dan sebesar

62% untuk CVA Infark selanjutnya. Terdapat kira kira 2 juta orang bertahan hidup dari CVA Infark yang mempunyai beberapa kecacatan; dari angka ini, 40% memerlukan bantuan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (Smeltzer, 2001: 2131). Sementara itu di Indonesia terdapat 256.000 penderita CVA atau sekitar 10.9% dari total jumlah penduduk Indonesia (Risikesdas, 2018). Di Provinsi Jawa Timur sendiri total penderita CVA sekitar 12% per 1000 penduduk. Penyebab CVA Infark berulang (cryptogenic CVA Infark) mencapai tingkat tertinggi yakni 30%, 25% CVA Infark emboli, 25% lacunes, 20% ateroklerosis, dan 5% penyebab lainnya (Misbach, 2011). Menurut data yang masuk rumah sakit (MRS) diperoleh di Dr.Ramelan Surabaya pada awal januari 2019 sampai akhir September 2019, telah di dapatkan data dengan jumlah pasien CVA infark yang ada di paviliun VII B sekitar 240 pasien.

Banyak sekali faktor-faktor resiko dari penyebab CVA Infark, diantaranya adalah diabetes melitus, merokok, kopi, hipertensi dan makanan yang mengandung tinggi kolesterol. Hipertensi mempercepat pengerasan dinding pembuluh darah arteri dan mengakibatkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga mempercepat proses ateroklerosis. Hipertensi berperan dalam proses ateroklerosis melalui efek penekanan pada sel endotel/lapisan dalam dinding arteri yang berakibat pembentukan plak pembuluh darah semakin cepat. Seseorang dikatakan hipertensi bila tekanan darahnya 140/90 atau lebih (Junaedi, 2011). Plak yang terjadi dapat lepas mengikuti aliran darah. Jika plak tersebut melewati pembuluh darah yang lebih kecil akan menyumbat aliran darah disekitarnya. Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15-20 menit maka akan terjadi infark atau kematian jaringan. Berkurangnya aliran

darah ke otak dapat menyebabkan hipoksemia daerah regional otak dan menimbulkan reaksi-reaksi berantai yang berakhir dengan kematian sel-sel otak dan unsur-unsur pendukungnya (Misbach, 2011). Akan tetapi dalam hal ini tidak semua oklusi di suatu arteri menyebabkan infark di daerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut. Alasannya adalah bahwa mungkin terdapat sirkulasi kolateral yang memadai di daerah tersebut. Proses patologik yang paling mendasari mungkin salah satu dari berbagai proses yang terjadi di dalam pembuluh darah yang memperdarahi otak. Patologinya dapat berupa keadaan penyakit pada pembuluh darah itu sendiri seperti aterosklerosis dan trombosis atau robeknya dinding pembuluh darah dan terjadi peradangan, berkurangnya perfusi akibat gangguan status aliran darah misalnya syok atau hiperviskositas darah, gangguan aliran darah akibat bekuan atau infeksi pembuluh ekstrakranium dan ruptur vaskular dalam jaringan otak (Price, 2006). Beberapa masalah keperawatan yang muncul pada pasien diantaranya penurunan kapasitas adaptif intracranial, deficit perawatan diri, gangguan mobilitas fisik, dan resiko gangguan integritas jaringan kulit (SDKI, 2017).

Perawat dalam pelayanan kesehatan dituntut untuk mampu menjalankan peran dan fungsinya secara optimal. Pada kasus-kasus seperti CVA Infark ini terdapat beberapa gangguan, salah satunya adalah gangguan perfusi serebral. Gangguan perfusi serebral ini dapat dilakukan tindakan seperti memantau tingkat kesadaran, mengobservasi keadaan pupil adakah ketidaksimetrisan, menjelaskan kepada keluarga tanda-tanda peningkatan intrakranial seperti muntah proyektil, memantau kenaikan tekanan darah dan memberikan obat-obat antidiuretik seperti lasik jika terdapat edema. Hemiparese pada CVA Infark dapat pula menyebabkan

hambatan mobilitas fisik yang dapat diatasi dengan ROM yakni ROM pasif maupun ROM aktif. Akibat dari penurunan kesadaran dan hambatan mobilitas fisik dapat menyebabkan resiko kerusakan integritas kulit sehingga perlu dilakukan perubahan posisi tiap 2 jam sekali sebagai upaya untuk pencegahan luka tekan. Penderita CVA Infark juga dapat menyebabkan resiko aspirasi sehingga perlu dilakukan pengecekan selang NG Tube tiap kali ingin memberikan makanan minimal dilakukan sehari sekali. Perawat diharapkan mampu memberikan dan melakukan asuhan keperawatan mampu memberikan pelayanan secara langsung atau tidak langsung dengan proses pendekatan keperawatan.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan CVA Infark dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “ Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien Tn. S dengan diagnosa medis CVA Infark di paviliun VII B RSPAL dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien Tn. S dengan diagnosa medis CVA Infark di paviliun VII B RSPAL dr. Ramelan Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada klien Tn. S dengan diagnosa CVA Infark di Paviliun VII B RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

2. Menegakkan diagnosa keperawatan pada klien Tn. S dengan diagnosa CVA Infark di Paviliun VII B RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada klien Tn. S dengan diagnosa CVA Infark di Paviliun VII B RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Tn. S dengan diagnosa CVA Infark di Paviliun VII B RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Melakukan evaluasi klien Tn. S dengan diagnosa CVA Infark di Paviliun VII B RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.4.1 Manfaat

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

1.4.1 Dari segi akademis, merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal Asuhan Keperawatan pada klien dengan CVA Infark.

1.4.2 Dari segi praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

1. Bagi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien dengan CVA Infark dengan baik.

2. Bagi Peneliti.

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada klien CVA Infark.

3. Bagi Profesi Kesehatan

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

1.5 Metodologi

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dan dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan kegiatan penelitian untuk mengumpulkan data. Sebelum melakukan pengumpulan data, perlu dilihat alat ukur pengumpulan data agar dapat memperkuat hasil penelitian. Alat ukur pengumpulan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung . Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien keluarga maupun tim kesehatan lain.

2. Observasi

Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan melakukan pengamatan secara langsung untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti. Data

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

3. Pemeriksaan

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memperoleh data obyektif dari riwayat klien. Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

Sumber data yang dapat diambil dari penelitian ini antara lain:

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

b. Data Sekunder

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

1.5.3 Studi Kepustakaan

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

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, antara lain :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, abstrak penelitian, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar dan daftar lampiran

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

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan Karya Ilmiah Akhir.

BAB 2 : Landasan teori, berisi tentang pengertian, etiologi, patofisiologi, dampak masalah, dan asuhan keperawatan.

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

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

BAB 5 : Kesimpulan dan saran, berisi tentang kesimpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan CVA infark. Konsep penyakit akan diuraikan pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, klasifikasi, faktor risiko, pencegahan, penatalaksanaan, dan kerangka masalah keperawatan. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit CVA infark dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2.1 Konsep Dasar CVA Infark

2.1.1 Pengertian

CVA Infark adalah sindroma serebrovaskular yang mengacu kepada setiap gangguan neurologik mendadak yang terjadi akibat pembatasan atau terhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri otak (Price, 2015).

Sedangkan CVA Infark menurut WHO adalah manifestasi klinis dari gangguan fungsi serebral, baik fokal maupun menyeluruh (global), yang berlangsung dengan cepat, berlangsung dari 24 jam, atau berakhir dengan maut, tanpa ditemukan penyebab selain daripada gangguan vaskular (Batubara, 2013).

CVA Infark iskemik adalah CVA Infark yang terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Saragih, 2014).

CVA Infark non hemoragik adalah CVA Infark yang disebabkan oleh oklusi pembuluh darah otak yang kemudian menyebabkan terhentinya pasokan oksigen dan glukosa ke otak atau yang sering diakibatkan oleh trombosis akibat plak aterosclerosis arteri otak atau yang memberi vaskularisasi pada otak atau suatu emboli dari pembuluh darah di luar otak yang tersangkut di arteri otak (Setyopranoto, 2011): 1411).

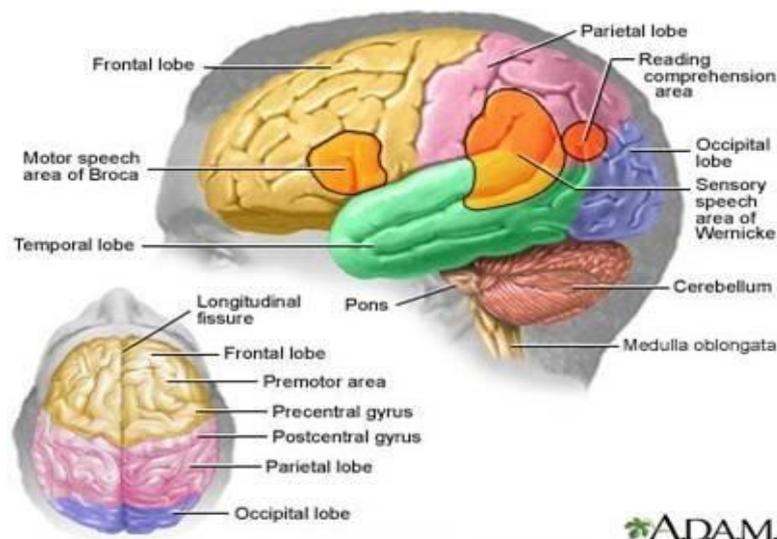
CVA Infark didefinisikan sebagai defisit atau gangguan fungsi sistem saraf yang terjadi mendadak dan disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak. Gangguan peredaran darah otak dapat berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh di otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Kekurangan pasokan oksigen ke otak akan memunculkan kematian sel saraf (neuron). Gangguan fungsi otak ini akan memunculkan gejala CVA Infark (Pinzon & Asanti, 2010:1).

CVA Infark merupakan suatu penyakit yang diawali dengan terjadinya serangkaian perubahan dalam otak yang terserang dan apabila tidak ditangani segera akan menyebabkan kematian di bagian otak tersebut. CVA Infark terjadi bila karena suatu sebab suplai darah ke otak terhambat atau terhenti (Junaedi, 2011: 137).

2.1.2 Anatomi fisiologi

1. Anatomi Fisiologi

Berat otak manusia sekitar 1400 gram dan tersusun oleh kurang lebih 100 triliun neuron. Otak terdiri dari empat bagian besar yaitu serebrum (otak besar), serebelum (otak kecil), brainstem (batang otak), dan diensefalon. (Satyanegara, 2014).



Gambar 2.1 Anatomi Sistem Persarafan (sumber: <http://supersuga.wordpress.com>)

a. Korteks Serebrum

Serebrum terdiri dari dua hemisfer serebri, korpus kolosum dan korteks serebri. Masing-masing hemisfer serebri terdiri dari (Satyanegara, 2014):

1) Lobus Frontalis

Lobus frontalis yang merupakan area motorik primer yang bertanggung jawab untuk gerakan-gerakan atau aktivitas volunter dan kemampuan bicara. Aktifitas motorik volunter adalah gerakan yang dihasilkan oleh otot kerangka seperti pada pengolahan sensorik, korteks motorik di tiap-tiap sisi otak mengontrol otot di sisi tubuh yang berlawanan. Sedangkan pada kemampuan bicara atau bahasa dijumpai di satu hemisfer dan sebagian besar populasi terletak pada hemisfer kiri. Daerah yang mengatur tentang kemampuan bicara yaitu daerah broka dan wernicke.

Daerah broka bertanggung jawab untuk kemampuan berbicara, terletak di lobus frontalis kiri dan berkaitan erat dengan daerah

motorik korteks yang mengontrol otot-otot penting untuk artikulasi (pengaturan suara).

2) Lobus Parietalis

Lobus parietal yang bertanggung jawab untuk menerima dan mengolah masukan sensorik seperti sentuhan, tekanan, panas, dingin, dan nyeri di permukaan tubuh serta merasakan kesadaran mengenai posisi tubuh. Kesadaran sederhana mengenai sentuhan, tekanan, atau suhu dideteksi oleh talamus di tingkat otak yang lebih rendah. Korteks somato sensorik mampu mengetahui bentuk suatu benda yang sedang dipegang dan membedakan benda yang bersentuhan dengan kulit.

3) Lobus Temporalis yang merupakan area sensorik untuk impuls pendengaran

4) Lobus Oksipitalis yang mengandung korteks penglihatan primer, menerima informasi penglihatan dan menyadari sensasi warna (Syaifuddin, 2011): 173-175)

b. Struktur Subkorteks

Dalam subkorteks mencakup hal-hal berikut ini (Syaifuddin, 2011): 182):

1) Nukleus basal (ganglia basal)

Terdiri atas beberapa massa substantia griseria yang terletak jauh di dalam substantia alba serebrum. Nukleus basal mempunyai peran kompleks dalam mengontrol gerakan selain memiliki fungsi-fungsi nonmotorik yang masih belum begitu diketahui. Secara khusus nukleus basal penting dalam hal-hal berikut ini yaitu

menghambat tonus otot di seluruh tubuh; memilih dan mempertahankan aktifitas motorik bertujuan sementara, serta menekan pola gerakan yang tidak berguna atau tidak diinginkan; membantu memantau mengoordinasi kontraksi-kontraksi menetap yang lambat, terutama yang berkaitan dengan postur dan penunjang.

2) Talamus

Talamus berfungsi sebagai stasiun penyambung dan pusat integrasi sinaps untuk pengolahan pendahuluan semua masukan sensorik dalam perjalanannya ke korteks. Bagian ini menyaring sinyal-sinyal yang tidak bermakna dan mengarahkan impuls-impuls sensorik penting ke daerah korteks somatosnesorik yang sesuai.

3) Hipotalamus

Merupakan pusat integrasi untuk menyatukan fungsi homeostatik penting antara sistem saraf otonom dan endokrin. Secara spesifik fungsinya adalah sebagai berikut: mengontrol suhu tubuh; mengontrol rasa haus dan pengeluaran urine; mengontrol asupan makanan; mengontrol sekresi hormon-hormon hipofises anterior; menghasilkan hormon-hormon dari hipofise posterior; sebagai pusat koordinasi sistem saraf otonom utama yang kemudian mempengaruhi semua otot polos, otot jantung, dan kelenjar eksokrin dan berperan dalam pola perilaku dan emosi.

Hipotalamus adalah daerah otak yang paling jelas terlibat dalam pengaturan langsung lingkungan internal (Syarifuddin, 2011): 182).

c. Serebellum

Serebelum terletak di dalam fosa kranii posterior dan ditutupi oleh duramater yang menyerupai atap tenda yaitu tentorium, yang memisahkannya dari bagian posterior serebrum. Fungsi utamanya adalah sebagai pusat refleks yang mengkoordinasi dan memperhalus gerakan otot, serta mengubah tonus dan kekuatan kontraksi untuk mempertahankan keseimbangan sikap tubuh. Bagian-bagian batang otak dari bawah ke atas adalah medula oblongata, pons dan mesensefalon (otak tengah).

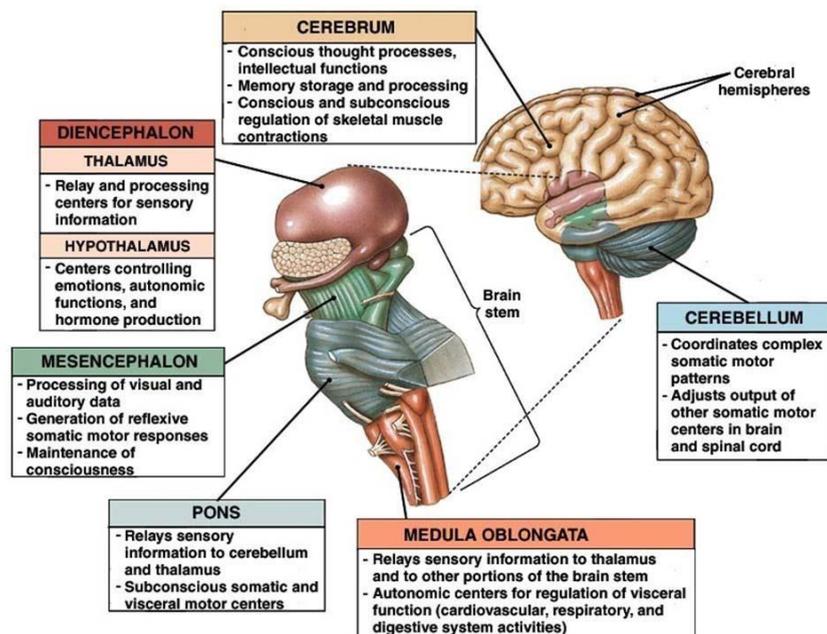
d. Batang otak

Fungsi batang otak mencakup hal-hal berikut (Syarifuddin, 2011):178):

- 1) Mempersarafi struktur-struktur di kepala dan leher dengan serat sensorik dan motorik, penting untuk penglihatan, pendengaran, pengecapan, sensasi wajah, dan kulit kepala, kecuali nervus vagus (saraf vagus) mempersarafi organ rongga dada dan perut. Nervus vagus adalah saraf utama dalam sistem saraf parasimpatis.
- 2) Kumpulan saraf pusat yang mengontrol fungsi jantung dan pembuluh darah, respirasi dan banyak aktifitas pencernaan.
- 3) Daerah ini juga berperan dalam memodulasi reflek-reflek otot yang terlibat dalam keseimbangan dan postur.
- 4) Pusat-pusat yang bertanggung jawab untuk tidur terletak dalam batang otak.

Bagian-bagian batang otak dari bawah ke atas adalah medula oblongata, pons dan mesensefalon (otak tengah). Medula oblongata merupakan pusat refleks

yang penting untuk jantung, vasokonstriktor, pernafasan, bersin, batuk, menelan, pengeluaran air liur dan muntah. Pons merupakan mata rantai penghubung yang penting pada jaras kortikosereberalis yang menyatukan hemisfer serebri dan serebelum. Mesensefalon merupakan bagian pendek dari batang otak yang berisi aquedikus sylvius, beberapa traktus serabut saraf ascenden dan descenden dan pusat stimulus saraf pendengaran dan penglihatan. Diensefalon di bagi empat wilayah yaitu thalamus, subtalamus, epitalamus dan hipotalamus. Thalamus merupakan stasiun penerima dan pengintegrasikan subkortikal yang penting. Subtalamus fungsinya belum dapat dimengerti sepenuhnya, tetapi lesi pada subtalamus akan menimbulkan hemibalismus yang ditandai dengan gerakan kaki atau tangan yang terhempas kuat pada satu sisi tubuh. Epitalamus berperan pada beberapa dorongan emosi dasar seseorang. Hipotalamus berkaitan dengan pengaturan rangsangan dari sistem susunan saraf otonom perifer yang menyertai ekspresi tingkah dan emosi (Price, 2015).



Gambar 2.2 Bagian – Bagian saraf (sumber: <http://easthomas.blogspot.com>)

2. Vaskularisasi otak

Otak menerima 17 % curah jantung dan menggunakan 20 % konsumsi oksigen total tubuh manusia untuk metabolisme aerobiknya. Otak diperdarahi oleh dua pasang arteri yaitu arteri karotis interna dan arteri vertebralis. Dan dalam rongga kranium, keempat arteri ini saling berhubungan dan membentuk sistem anastomosis, yaitu sirkulus Williss (Satyanegara, 2014).

Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteria karotis komunis kira-kira setinggi rawan tiroidea. Arteri karotis interna masuk ke dalam tengkorak dan bercabang kira-kira setinggi kiasma optikum, menjadi arteri serebri anterior dan media. Arteri serebri anterior memberi suplai darah pada struktur-struktur seperti nukleus kaudatus dan putamen basal ganglia, kapsula interna, korpus kolosum dan bagian-bagian (terutama medial) lobus frontalis dan parietalis serebri, termasuk korteks somestetik dan korteks motorik. Arteri serebri media mensuplai darah untuk lobus temporalis, parietalis dan frontalis korteks serebri. Arteria vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteria subklavia sisi yang sama. Arteri vertebralis memasuki tengkorak melalui foramen magnum, setinggi perbatasan pons dan medula oblongata. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris, arteri basilaris berjalan sampai setinggi otak tengah, dan di sini bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. Cabang-cabang sistem vertebrobasilaris ini memperdarahi medula oblongata, pons, serebelum, otak tengah dan sebagian diensefalon. Arteri serebri posterior dan cabang-cabangnya memperdarahi sebagian diensefalon, sebagian lobus oksipitalis dan temporalis, aparatus koklearis dan organ-organ vestibular (Price, 2015). Darah di dalam jaringan kapiler otak akan dialirkan melalui venula-venula (yang tidak

mempunyai nama) ke vena serta di drainase ke sinus duramateris. Dari sinus, melalui vena emisaria akan dialirkan ke vena-vena ekstrakranial (Satyanegara, 2014).

2.1.3 Etiologi

1. Menurut Suzane Smeltzer, 2002 penyebab dari CVA Infark adalah trombosis atau bekuan cairan di dalam pembuluh darah otak, embolisme cerebral atau bekuan darah atau material lain, iskemia atau Penurunan aliran darah ke area otak.
2. Menurut (Misbach, 2011) sebagai berikut:
 - a. Infark otak (80%)
 - 1) Emboli : Emboli kardigenik, Emboli paradoksa (foramen ovale paten), Emboli arkus aorta
 - 2) Aterotrombotik (penyakit pembuluh darah sedang-besar) : Penyakit ekstrakranial, Penyakit intrakranial
 - 3) Penyebab lain : Trombosis sinusdura, Diseksi arteri karotis atau vertebralis, Vaskulitis sistem saraf pusat (SSP), Penyakit moyo-moya (akulasi arteri besar intrakranial yang progresif), Migren, Kondisi hiperkoagulasi, Penyalahgunaan obat (kokain atau amfetamin), Kelainan hematologis (anemia sel sabit, polisitemia, leukemia), Miksoma atrium
 - b. Perdarahan intra serebral (15%) : Hipertensif, Malformasi arteri – vena, Angiopati amiloid
 - c. Perdarahan subaraknoid (5%)

d. Penyebab lain : Trombosis sinusdura, Diseksi arteri karotis atau vertebralis, Vaskulitis sistem saraf pusat (SSP), Penyakit moyamoya (akulasi arteri besar intrakranial yang progresif), Migren, Kondisi hiperkoagulasi, Penyalahgunaan obat (kokain atau amfetamin), Kelainan hematologis (anemia sel sabit, polisitemia, leukemia), Miksoma atrium

2.1.4 Faktor Resiko

Menurut (Mansjoer, 2010): 17) terdapat dua factor resiko yang menyebabkan CVA infark yang pertama adalah yang tidak dapat diubah : usia, jenis kelamin pria, ras, riwayat keluarga, riwayat TIA atau CVA Infark, penyakit jantung koroner, fibrilasi atrium, Lalu yang kedua adalah yang dapat diubah : hipertensi, diabetes melitus, merokok, penyalagunaan alkohol dan obat, kontrasepsi oral, hematokrit meningkat, hiperurisemia dan dislipidemia.

Sementara itu menurut (Sutrisno, 2011: 45) beberapa faktor resiko penyebab CVA Infark ada dua, yakni mayor dan minor. Faktor resiko mayor (yang kuat) meliputi : tekanan darah tinggi, penyakit jantung, gangguan pembuluh darah koroner dan karotis, diabetes mellitus, polisitima, dan riwayat terkena CVA Infark. Sedangkan faktor resiko minor terdiri dari : kadar lemak yang tinggi dalam darah, hematokrit tinggi, kebiasaan merokok, kegemukan, kadar asam urat tinggi, kurang olahraga, dan fibrinogen tinggi.

Sedangkan menurut (Junaedi, 2011) terdapat dua factor yang mempengaruhi pasien dengan CVA diantaranya adalah :

a. Faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan terdiri dari hal-hal berikut ini:

1) Faktor keturunan

Sampai sekarang belum faktor keturunan masih belum dapat dipastikan gen mana penentu terjadinya CVA Infark.

2) Umur

Insiden CVA Infark meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Setelah umur 55 tahun risiko CVA Infark iskemik meningkat 2 kali lipat tiap decade. Menurut Schutz penderita yang berumur antara 70-79 tahun banyak menderita perdarahan intrakranial (Junaedi, 2011).

3) Jenis kelamin

Laki-laki lebih cenderung untuk terkena CVA Infark lebih tinggi dibandingkan wanita. Pada laki-laki cenderung terkena CVA Infark iskemik sedangkan wanita lebih sering menderita perdarahan.

4) Ras

Tingkat kejadian CVA Infark di seluruh dunia tertinggi dialami oleh orang Jepang dan Cina. Menurut Broderick dan kawan-kawan melaporkan orang negro Amerika cenderung berisiko 1,4 kali lebih besar mengalami perdarahan intraserebral (dalam otak) dibandingkan kulit putih. Orang Jepang dan Afrika-Amerika cenderung mengalami CVA Infark perdarahan intrakranial. Sedangkan orang putih cenderung terkena CVA Infark iskemik, akibat sumbatan ekstrakranial lebih banyak.

b. Faktor risiko yang tidak dapat terdiri dari hal-hal berikut ini:

1) Stress

Pengaruh yang dapat ditimbulkan oleh faktor stress pada proses aterosklerosis adalah melalui peningkatan pengeluaran hormone oleh tubuh,

misalnya adrenalin akan berefek pada peningkatan tekanan darah dan denyut jantung. Hal ini bila terlalu keras dan sering dapat merusak dinding pembuluh darah dan menyebabkan terjadi plak.

2) Tekanan darah tinggi (hipertensi)

Hipertensi mempercepat pengerasan dinding pembuluh darah arteri dan mengakibatkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga mempercepat proses aterosklerosis. Hipertensi berperan dalam proses aterosklerosis melalui efek penekanan pada sel endotel/lapisan dalam dinding arteri yang berakibat pembentukan plak pembuluh darah semakin cepat. Seseorang dikatakan hipertensi bila tekanan darahnya 140/90 atau lebih (Junaedi, 2011).

3) Merokok

Peranan rokok pada proses aterosklerosis adalah: Meningkatkan kecenderungan sel-sel darah menggumpal pada dinding arteri. Ini meningkatkan risiko pembentukan thrombus/plak; Merokok menurunkan jumlah HDL/kolesterol baik dan menurunkan kemampuan HDL dalam menyingkirkan kolesterol LDL yang berlebihan; Merokok meningkatkan oksidasi lemak yang berperan pada perkembangan aterosklerosis.

4) Peminum alkohol

Alkohol memiliki dua sisi yang menguntungkan dan merugikan. Yang menguntungkan, apabila minum sedikit alkohol secara merata setiap hari akan mengurangi kejadian CVA Infark dengan jalan meningkatkan kadar HDL dalam darah. Akan tetapi, bila minum alkohol yaitu lebih dari 60

gram sehari maka akan meningkatkan risiko CVA Infark. Alkohol oleh tubuh dipersepsi sebagai racun. Oleh karena itu alkohol merupakan racun pada otak dan pada tingkatan yang tinggi dapat mengakibatkan otak berhenti berfungsi.

5) Diabetes mellitus

Diabetes mellitus menyebabkan kadar lemak darah meningkat karena konversi lemak tubuh yang terganggu. Diabetes mempercepat terjadinya aterosklerosis baik pada pembuluh darah kecil (mikroangiopati) maupun pembuluh darah besar (makroangiopati) diseluruh pembuluh darah termasuk pembuluh darah otak dan jantung. Kadar glukosa darah yang tinggi pada CVA Infark akan memperbesar meluasnya area infark (sel mati) karena terbentuknya asam laktat akibat metabolisme glukosa yang dilakukan secara anaerob (oksigen sedikit) yang merusak jaringan otak. Hiperglikemia dapat menurunkan sintesis prostasiklin yang berfungsi melebarkan saluran arteri, meningkatkan pembentukan thrombosis, dan menyebabkan glikolisis protein pada dinding arteri.

6) Obesitas

Obesitas dapat meningkatkan kejadian CVA Infark terutama bila disertai dengan dislipidemia dan atau hipertensi, melalui proses aterosklerosis. Obesitas dapat menyebabkan terjadinya CVA Infark lewat efek snoring atau mendengkur dan sleep apnea, karena terhentinya suplai oksigen secara mendadak di otak.

7) Hiperkolesterol

Semakin tinggi kolesterol semakin besar kemungkinan dari kolesterol tersebut tertimbun pada dinding pembuluh darah. Hal ini menyebabkan saluran pembuluh darah menjadi sempit sehingga mengganggu suplai darah ke otak. Inilah yang menyebabkan terjadi CVA Infark non perdarahan / iskemik / CVA infark atau penyempitan pada pembuluh jantung menyebabkan penyakit jantung.

8) Pola makan

Pola makan dapat mempengaruhi CVA Infark melalui efeknya tekanan darah, kadar kolesterol serum, gula darah, berat badan, dan sebagai prekursor aterosklerosis lainnya.

9) Pil KB/kontrasepsi oral (khususnya disertai hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi).

10) Faktor obat

Obat-obatan dapat menyebabkan terjadinya CVA Infark, obat dapat menimbulkan CVA Infark melalui beberapa mekanisme berikut: Timbulnya gangguan jantung akibat obat, seperti aritmia, hipertensi, hipotensi; Turunnya aliran darah ke otak; Perubahan reologi darah; Vaskulitis; Vasospasme; Perdarahan otak.

2.1.5 Manifestasi Klinik

1. Menurut (Mansjoer, 2010: 231), Gejala neurologis yang timbul bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya manifestasi strok akut dapat berupa:
 - a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak.

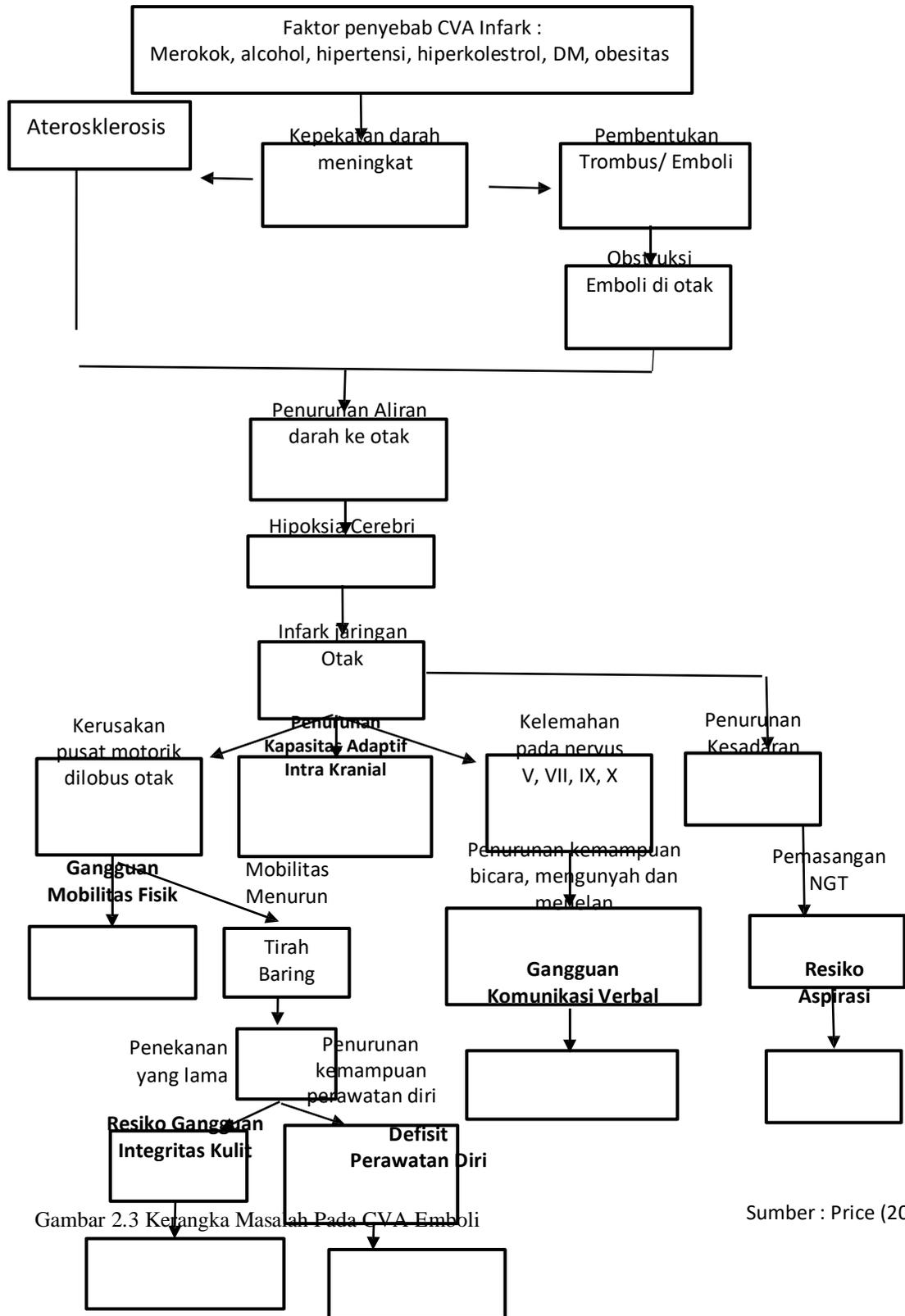
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.
 - c. Perubahan mendadak status mental (konfui, delirium, letargi, stupor atau koma)
 - d. Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan)
 - e. Disartria (bicara pelo atau cadel)
 - f. Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) / diplopia
 - g. Ataksia (trunkal atau anggota badan)
 - h. Vertigo, mual dan muntah atau nyeri kepala.
2. Menurut (Pudiastuti, 2011: 231), tanda dan gejala CVA Infark antara lain:
- a. Defisit neurologis yang mendadak
 - b. Sering terjadi waktu istirahat / bangun pagi, usia > 50 tahun (akibat trombosis).
 - c. Terjadi waktu aktif, kesadaran dapat menurun, usia lebih muda (akibat emboli cerebri).
 - d. Tanpa trauma kepala.
 - e. Ada faktor resiko seperti : hipertensi, penyakit jantung, dll.

2.1.6 Patofisiologi

Gangguan pasokan aliran darah otak dapat terjadi dimana saja di dalam arteri-arteri yang membentuk sirkulus Willisi : arteria karotis interna dan sistem vertebrobasilar atau semua cabang-cabangnya. Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15-20 menit maka akan terjadi infark atau kematian jaringan. Akan tetapi dalam hal ini tidak semua oklusi di suatu arteri menyebabkan infark di daerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut.

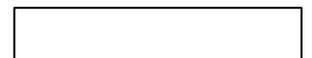
Alasannya adalah bahwa mungkin terdapat sirkulasi kolateral yang memadai di daerah tersebut. Proses patologik yang paling mendasari mungkin salah satu dari berbagai proses yang terjadi di dalam pembuluh darah yang memperdarahi otak. Patologinya dapat berupa: keadaan penyakit pada pembuluh darah itu sendiri seperti aterosklerosis dan trombosis atau robeknya dinding pembuluh darah dan terjadi peradangan, berkurangnya perfusi akibat gangguan status aliran darah misalnya syok atau hiperviskositas darah, gangguan aliran darah akibat bekuan atau infeksi pembuluh ekstrakranium dan ruptur vaskular dalam jaringan otak (Pudiastuti, 2011).

2.1.7 Pathway



Gambar 2.3 Kerangka Masalah Pada CVA Emboli

Sumber : Price (2006)



2.1.8 Klasifikasi

Kejadian CVA infark sekitar 70-85% dari total kejadian CVA Infark. Macam atau derajat dari CVA infark berdasarkan perjalanan klinisnya sebagai berikut:

1. TIA (transient ischemic attack) atau serangan CVA Infark sementara, gejala deficit neurologis hanya berlangsung kurang dari 24 jam.
2. RIND (reversible ischemic neurological deficits) kelainan atau gejala neurologis menghilang antara lebih dari 24 jam sampai 3 minggu.
3. CVA Infark progresif atau CVA Infark in evolution yaitu CVA Infark yang gejala klinisnya secara bertahap berkembang dari yang ringan sampai semakin berat.
4. CVA Infark komplit atau completed CVA Infark, yaitu CVA Infark dengan deficit neurologis yang menetap dan sudah tidak berkembang lagi.

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi menurut (Junaedi, 2011) adalah sebagai berikut:

1. Dekubitus: tidur yang terlalu lama karena lumpuh dapat mengakibatkan luka/lecet pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat berbaring, seperti: pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Luka (dekubitus) ini bila dibiarkan akan terkena infeksi. Untuk mencegah itu, Anda akan sering dipindah dan digerakkan secara teratur tidak peduli parahnya sakit Anda.
2. Bekuan darah: bekuan darah mudah terjadi pada kaki yang lumpuh, penumpukan cairan dan pembengkakan, embolisme paru-paru.

3. Pneumonia: terjadi karena biasanya tidak dapat batuk atau menelan dengan baik sehingga menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya terinfeksi. Untuk mengatasi ini, dokter akan memberikan antibiotika.
4. Kekakuan otot dan sendi: terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot atau sendi, untuk itulah fisioterapi dilakukan sehingga kekakuan tidak terjadi atau minimal dikurangi.
5. Stress/depresi: terjadi karena Anda akan merasa tidak berdaya dan ketakutan akan masa depan.
6. Nyeri pundak dan subluxation/dislokasi: keadaan pangkal bahu yang lepas dari sendinya. Ini dapat terjadi karena otot disekitar pundak yang mengontrol sendi dapat rusak akibat gerakan saat ganti pakaian atau saat ditopang orang lain. Untuk itu sebaiknya diletakkan papan atau kain untuk menahan lengan agar tidak terkulai.
7. Pembengkakan otak.
8. Infeksi: saluran kemih, paru (pneumonia aspirasi).
9. Kardiovaskuler: gagal jantung, serangan jantung, emboli paru.
10. Gangguan proses berpikir dan ingatan: pikun (demensia).

2.1.10 Diagnosis Banding

Beberapa penyakit yang memiliki gejala mirip dengan cva infark sebagai berikut:

1. Trauma kepala atau trauma pada leher.
2. Meningitis/ensefalitis (infeksi otak dan selaputnya).
3. Ensefalopati hipertensif/gangguan otak akibat hipertensi.
4. Massa intrakranial: tumor, hematoma/darah di otak.

5. Serangan kejang dengan gangguan saraf yang bersifat sementara (paralisis tood's).
6. Migren dengan gangguan saraf sementara.
7. Gangguan metabolic: hiperglikemia, hipoglikemia, iskemia pascahenti jantung, keracunan, gangguan endokrin (myxedema), uremia.
8. Gangguan psikiatrik/kejiwaan.

Syok disertai hipoperfusi susunan saraf pusat (Junaedi, 2011).

2.1.11 Pencegahan

1. Pencegahan Primer

Langkah pertama dalam mencegah CVA Infark adalah dengan memodifikasi gaya hidup dalam segala hal, memodifikasi faktor risiko, dan kemudian bila dianggap perlu baru dilakukan terapi dengan obat untuk mengatasi penyakit dasarnya.

Menjalani gaya hidup sehat dengan pola makan sehat, istirahat cukup, mengelola stress, mengurangi kebiasaan yang dapat merugikan tubuh seperti merokok, makan berlebihan, makanan banyak mengandung lemak jenuh, kurang aktif berolahraga.

2. Pencegahan Sekunder

Penderita CVA Infark biasanya memiliki faktor risiko. Oleh karena itu CVA Infark kali berulang. Faktor-faktor risiko yang harus diobati, seperti: tekanan darah tinggi, kencing manis, penyakit jantung koroner, kadar kolesterol LDL darah yang tinggi, kadar asam urat darah tinggi, kegemukan, perokok, peminum alkohol, stress dan lain-lain. Sebaliknya penderita harus berhenti

merokok, berhenti minum alkohol, menghindari stress, rajin berolahraga, dan lain-lain.

Pencegahan CVA infark dengan obat-obatan dilakukan untuk mencegah pembesaran plak, dan biasanya digunakan obat seperti berikut:

Obat antiagregasi trombosit (inhibitor platelet)

Obat ini berfungsi mencegah menggumpalnya trombosit darah dan mencegah terbentuknya thrombus atau gumpalan darah, yang dapat menyumbat lumen pembuluh darah. Obat ini terutama dapat digunakan pada CVA infark misalnya TIA.

Contoh obat ini misalnya:

- a. Asam asetil salisilat (asetosal, aspirin), dosis 2x80-200 mg per hari, diberikan dalam 48 jam.
- b. Tiklopidin, dosis 2x250 mg sehari. Pada TIA, untuk mencegah kambuhnya atau terjadinya CVA Infark yang lebih berat maka lama pengobatan dengan trombogenik/antiagregasi 1-2 tahun atau lebih. Efek sampingnya dapat terjadinya perdarahan.
- c. Clopidogrel, dosis 75 mg 1xsehari. Untuk terapi sterotrobotik (sumbatan pembuluh darah), CVA Infark, iskemik.

2.1.12 Penatalaksanaan

1. Menurut (Mansjoer, 2010):

- a. Penatalaksanaan CVA Infark Akut di Unit Gawat Darurat

Waktu adalah otak merupakan ungkapan yang menunjukkan betapa pentingnya pengobatan strok sedini mungkin, karena “jendela terapi” dari strok hanya 3-6 jam. Penatalaksanaan yang cepat, tepat dan

cermat memegang peranan besar dalam menentukan hasil akhir pengobatan. Hal yang harus dilakukan adalah:

- 1) Stabilisasi pasien dengan tindakan ABC
- 2) Pertimbangan intubasi bila kesadaran stupor atau koma atau gagal napas.
- 3) Pasang jalur infus intavena dengan larutan salin normal 0,9% dengan kecepatan 20 ml /jam, jangan memakai cairan hipotonis seperti dekstrosa 5% dalam air dan salin 0,45% karena dapat memperhebat odema otak.
- 4) Berikan oksigen 2-4 liter /menit melalui kanul hidung.
- 5) Jangan memeberikan makanan atau minuman lewat mulut
- 6) Buat rekaman elektrokardiogram (EKG) dan lakukan foto rontgen thoraks
- 7) Ambil sampel untuk pemeriksaan darah : pemeriksaan darah perifer lengkap dan trombosit, kimia darah (glukosa, elektrolit, ureum dan kreatinin), masa protombin, dan masa tromboplastin parsial.
- 8) Jika ada indikasi, lakukan tes-tes berikut : kadar alkohol, fungsi hati, gas darah arteri dan skrining toksikologi.
- 9) Tegakkan diagnosis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

b. Protokol Pelaksanaan CVA Infark Iskemik Akut

- 1) Pertimbangkan rt-PA iv 0,9 mg/kgBB (dosis maksimum 90 mg). 10% diberikan bolus IV dan sisanya diberikan perdrrip dalam waktu 1 jam jika onset gejala CVA Infark dapat dipastikan < 3 jam dan hasil CT Scan otak tidak memperlihatkan infark dini yang luas.

- 2) Pertimbangkan pemantauan irama jantung untuk pasien dengan aritmia jantung atau iskemia miokard. Bila terdapat fibrilasi atrium respons cepat maka dapat diberikan Digoksin 0,125 mg IV atau Verapamil 5-10 mg IV atau Amiodaron 200 mg drip dalam 12 jam.
- 3) Tekanan darah yang tinggi pada stroek iskemik tidak boleh cepat-cepat diturunkan.
- 4) Pertimbangan observasi di unit rawat intensif pada pasien dengan tanda klinis atau radiologis adanya infark hemisferik aatau serebellum yang masif, kesadaran menurun, gangguan pernapasan, atau CVA Infark dalam evolusi.
- 5) Pertimbangkan konsul bedah saraf untuk dekompresi pada pasien dengan infark serebelum yang luas.
- 6) Pertimbangkan sken resonansi magnetik pada pasien dengan CVA Infark vertebrobasiler atau sirkulasi posterior atau infark yang tidak nyata pada CT Scan.
- 7) Pertimbangkan pemberian heparin IV dimulai dosis 800 unit/jam, 20.000 unit dalam 500 ml salin normal dengan kecepatan 20 ml/jam, samapi masa protoplastin parsial mendekati 1,5 kontrol pada kondisi tertentu.
- 8) Pemeriksaan penunjang neurovaskular diutamakan yang noninvasif.
- 9) Pertimbangkan pemeriksaan darah.

2.1.13 Terapi

Dibedakan pada fase akut dan fase pasca akut:

1. Fase Akut (hari ke 0-14 sesudah onset penyakit)

- a. Sasaran pengobatan: menyelamatkan neuron yang menderita jangan sampai mati dan agar proses patologis lainnya yang menyertai tak mengganggu atau mengancam fungsi otak.

Tindakan dan obat yang diberikan haruslah menjamin perfusi darah ke otak tetap cukup, tidak justru berkurang. Karena dipelihara fungsi optimal.

- b. Respirasi: jalan napas harus bersih.
- c. Jantung: harus berfungsi baik, bila perlu pantau ECG.
- d. Tekanan darah: dipertahankan pada tingkat optimal, dipantau jangan sampai menurunkan perfusi otak.
- e. Kadar gula yang tinggi pada fase akut, tidak diturunkan dengan drastis, lebih-lebih penderita dengan diabetes melitus lama.
- f. Bila gawat atau koma, balance cairan, elektrolit, dan asam basa darah harus dipantau.

Penggunaan obat untuk memulihkan aliran darah dan metabolisme otak yang menderita di daerah iskemik (*ischemic penumbra*) masih menimbulkan perbedaan pendapat. Obat-obat itu antara lain:

- 1) Anti edema

Gliserol 10% perinfus, 1 gr/kg BB/hr dlm jam.

Kortikosteroid: yang banyak digunakan, deksametasone, dengan bolus 10-20 mg iv, diikuti 4-5 mg/6 jam selama beberapa hari, lalu diturunkan pelan-pelan (*tapering off*), dan dihentikan setelah fase akut berlalu.

2) Anti agregrasi trombosit

Yang umum dipakai: asam asetil salisilat (ASA), seperti aspirin, aspilet dengan dosis rendah: 80-300 mg/hari.

3) Anti koagulasi: misalnya heparin

4) Lain-lain; Trombolisin (trobokinase) masih dalam uji coba. Obat-obat (baru) seperti pentoksifilin, sitikolin, pirasetam.

2. Fase pasca Akut

Setelah fase akut berlalu, sasaran pengobatan di titikberatkan pada tindakan rehabilitasi penderita, dan pencegahan terulannngnya CVA Infark.

a. Rehabilitasi

Gangguan peredaran otak merupakan penyebab utama kecacatan pada usia diatas 45 tahun, maka yang paling penting apada masa ini ialah upaya membatasi sejauh mungkin kecacatan penderita, fisik dan mental dengan fisioterapi, terapi wicara dan psikoterapi.

b. Terapi preventif

Tujuannya, untuk mencegah terulangnya atau timbulnya serangan baru GPDO, dengan mengobati dan mengurangi faktor-faktor resiko CVA Infark, seperti: Pengobatan hipertensi, Mengobati diabetes melitus, Menghidari rokok, obesitas dan stress, Berolah raga teratur.

2.1.14 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Tarwoto et al., 2015) mengatakan pemeriksaan penunjang pada pasien CVA Infark adalah sebagai berikut :

1. Computerized Tomografi Scanning (CT Scan) : Mengetahui area infark, edema, hematoma, struktur dan sistem ventrikel otak.
2. Magnetic Resonance Imaging (MRI) : Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovena.
3. Elektro Encephalografi (EEG) : Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
4. Angiografi serebral : Membantu menentukan penyebab CVA Infark secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau ruptur.
5. Sinar X tengkorak : Mengetahui adanya klasifikasi karotis interna apa trombosis serebral.
6. Pungsi lumbal menunjukkan adanya tekanan normal, jika tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragik subarachnoid atau perdarahan intrakranial. Kontraindikasi pada peningkatan tekanan intrakranial.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu sistem dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan. Tahapan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Proses pemecahan masalah yang sistematis dalam memberikan pelayanan keperawatan serta dapat menghasilkan rencana keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap klien seperti yang tersebut diatas yaitu melalui empat tahapan keperawatan.

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari klien yang meliputi unsure bio-psiko-spiritual yang komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal klien agar dapat member arah kepada tindakan keperawatan.

b. Identitas

Meliputi nama klien, usia (kebanyakan terjadi pada usia tua, 75-85 tahun), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, dan diagnosis medis.

c. Keluhan utama

Keluhan yang paling sering menjadi alasan klien untuk meminta bantuan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

d. Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan CVA infark biasanya didahului dengan TIA (*Transient Ischemic Attack*) yaitu rasa kesemutan, rasa lebih tebal pada salah satu anggota badan, adanya penurunan kesadaran, pelo, sulit menelan atau tersedak pada saat mium. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan koma

e. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat CVA Infark sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alcohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih lanjut dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus atau adanya riwayat CVA Infark dari generasi terdahulu.

g. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Umunya mengalami penurunan kesadaran. Mengalami gangguan bicara seperti pelo, bicara tidak jelas. Tanda-tanda vital biasanya pada klien dengan CVA Infark tensinya tinggi atau meningkat.

2) B 1 (*Breathing*)

Inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada

klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien CVA Infark dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien CVA Infark dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

3) B 2 (*Blood*)

Pengkajian pada sistem kardiovaskuler didapatkan renjatan (syok) hipovolemik yang sering terjadi pada klien CVA Infark. TD biasanya terjadi peningkatan dan bias terdapat adanya hipertensi massif TD > 200 mmHg.

4) B 3 (*Brain*)

CVA Infark menyebabkan berbagai neurologis bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

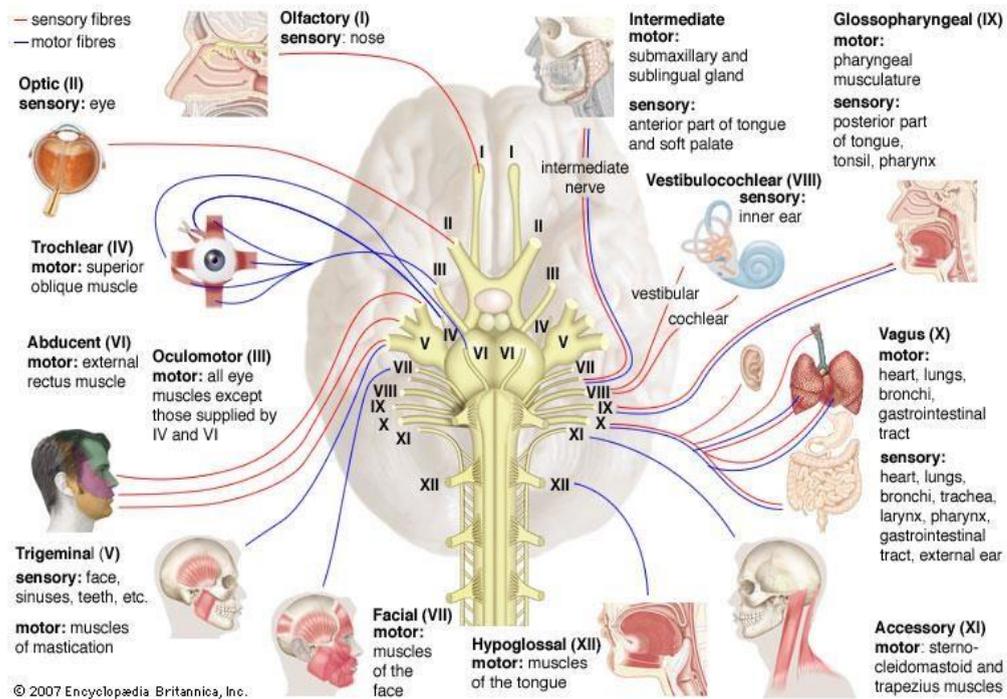
a) Tingkat kesadaran

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan paling penting yang membutuhkan pengkajian. Pada keadaan lanjut, tingkat kesadaran klien CVA Infark biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Apabila klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan.

b) Pemeriksaan nervous (Markam, 2010).

- (1) Nervus I : nervus olfaktorius diperiksa dengan zat-zat berbau yang tidak asing bagi kita seperti kopi, teh. Biasanya pada klien CVA Infark tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
- (2) Nervus II : pemeriksaan nervus optikus terdiri dari ketajaman penglihatan, lapang penglihatan dan funduskopi.
- (3) Nervus III, IV dan VI : fungsi dari nervus okulomotorius ialah mempersarafi semua otot-otot bola mata eksterna kecuali muskulus rektus lateralis (gerakan bola mata ke lateral). Kedua otot tersebut dipersarafi masing-masing oleh nervus troklearis dan abduzens. Pemeriksaan nervus III, IV dan VI terdiri dari celah kelopak mata dan gerakan bola mata.
- (4) Nervus V : nervus trigeminus terdiri dari saraf sensoris dan saraf motoris. Saraf sensoris mempersarafi wajah dibagi dalam cabang oftalmik, cabang maksilaris dan cabang mandibularis. Saraf motoris mempersarafi otot pengunyah.
- (5) Nervus VII : nervus yang mempersarafi wajah, terkadang ditandai dengan wajah asimetris.
- (6) Nervus VIII : untuk mengetahui sistem pendengaran dan keseimbangan klien.
- (7) Nervus IX dan X : untuk mengetahui kemampuan menelan kurang baik atau tidak, kesukaran membuka mulut.
- (8) Nervus XI : tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.

(9) Nervus XII : nervus hipoglosusu adalah saraf motorik intrinsik dan ekstrinsik lidah, yaitu dengan cara menjulurkan lidah.



Gambar 2.3 Nervus Pada Sistem Persarafan (sumber: <http://www.britannica.com>)

c) Sistem motorik

Didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain. Pada penilaian dengan menggunakan nilai kekuatan otot pada sisi yang sakit didapatkan nilai 0. Keseimbangan dan koordinasi, mengalami gangguan karena hemiparesis dan hemiplegia.

d) Sistem sensorik

Kehilangan sensorik karena CVA Infark dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan proprioseptif (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan

bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius.

e) Pemeriksaan reflek

Pemeriksaan reflek dibagi menjadi dua, yaitu reflek fisiologis dan reflek patologis. Reflek fisiologis diantaranya yaitu reflek bisep, trisep, patella dan achilles. Sedangkan untuk reflek patologisnya yaitu reflek tromner, hoffman, babinsky dan chaddock.

5) B 4 (*Bladder*)

Setelah CVA Infark klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan control ,motorik dan postural. Kadang-kadang control sfingter urinarius eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

6) B 5 (*Bowel*)

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

7) B 6 (*Bone*)

CVA Infark adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan control volunter terhadap gerakan motorik. Karena neuron motor atas melintas, gangguan control motor volunteer pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motor paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis, atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat juga dikaji tanda-tanda dekubitus, terutama pada daerah yang menonjol karena klien CVA Infark mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensorik, atau paralisis/hemiplegia, mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

2. Analisa data

Dari hasil pengkajian kemudian data tersebut dikelompokkan lalu dianalisa sehingga dapat ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan untuk selanjutnya dapat dirumuskan diagnose keperawatan.

2.2.2 Diagnosa keperawatan

Menurut SDKI (2016) Diagnosa yang sering muncul diantaranya :

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan oklusi arteri serebral
2. Bersihan jalan berhubungan dengan akumulasi sekret, kemampuan batuk menurun, perubahan tingkat kesadaran

3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular
4. Resiko Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama.
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskular.
6. Inkontinensia urine berhubungan dengan ketidakmampuan merasakan kebutuhan untuk berkemih akibat disfungsi neurologis.
7. Resiko Aspirasi berhubungan dengan penurunan kesadaran.

2.2.3 Intervensi keperawatan

Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Potter & Perry, 2006). Perencanaan merupakan langkah awal dalam menentukan apa yang dilakukan untuk membantu klien dalam memenuhi serta mengatasi masalah keperawatan yang telah ditentukan. Tahap perencanaan keperawatan adalah menentukan prioritas diagnosa keperawatan, penetapan kriteria evaluasi dan merumuskan intervensi keperawatan.

Tujuan yang ditetapkan harus sesuai dengan SMART, yaitu *spesific* (khusus), *mesurable* (dapat diukur), *acceptable* (dapat diterima), *reality* (nyata) dan *time* (terdapat kriteria waktu). Kriteria hasil merupakan tujuan ke arah mana perawatan kesehatan diarahkan dan merupakan dasar untuk memberikan asuhan keperawatan komponen pernyataan kriteria hasil.

Diagnosa keperawatan 1 : Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial

Tujuan : diharapkan perfluasi jaringan yang ada di otak membaik.

Kriteria hasil :

- a. Nyeri kepala menurun
- b. Kesadaran meningkat, GCS meningkat
- c. Mual muntah menurun
- d. Respon pupil membaik

Reflek Neurologis membaikIntervensi :

1. Observasi tanda-tanda vital : suhu tubuh, tekanan darah, nadi dan respirasi
Rasional: pada keadaan normal, otheregulasi mempertahankan keadaan tekanan darah sistemik berubah secara fluktuasi.
2. Ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil
Rasional: reaksi pupil diatur oleh saraf kranial okulomotorius dan berguna dalam menentukan apakah batang otak tersebut masih baik. Ukuran dan kesamaan pupil ditentukan oleh keseimbangan antarabperasarafan simpatis dan parasimpatis yang mempersarafinya.
3. Observasi Tingkat kesadaran
Rasional: mengetahui kecenderungan tingkat kesadaran dan potensial peningkatan TIK dan mengetahui lokasi, luas dan keamajuan/resolusi kerusakan SSP.
4. Jelaskan pada keluarga klien tentang sebab-sebab peningkatan TIK dan akibatnya.
Rasional: keluarga lebih berpartisipasi dalam proses penyembuhan.
5. Anjurkan klien untuk menghindari batuk dan mengejan berlebihan.

Rasional: batuk dan mengejan dapat meningkatkan tekanan intrakranial dan potensial terjadi perdarahan ulang.

6. Bantu klien untuk membatasi muntah, batuk. Anjurkan klien untuk mengeluarkan nafas apabila bergerak atau berbalik di tempat tidur.

Rasional: aktivitas ini dapat meningkatkan tekanan intracranial dan intraabdomen. Mengeluarkan nafas sewaktu bergerak atau mengubah posisi dapat melindungi diri dari efek valsava.

7. Letakkan kepala dengan posisi agak ditegakkan dan dalam posisi anatomis (netral)

Rasional: menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral.

8. Kolaboratif: berikan oksigen sesuai indikasi

Rasional: menurunkan hipoksia yang dapat menyebabkan vasodilatasi serebral dan tekanan meningkat/terbentuknya edema.

9. Kolaboratif: berikan obat anti hipertensi

Rasional: hipertensi lama/kronis memerlukan penanganan yang hati-hati, sebab penanganan yang berlebihan meningkatkan resiko terjadinya perluasan kerusakan jaringan.

10. Kolaboratif: Berikan obat diuretik

Rasional: mengurangi edema pada serebral

Diagnosa keperawatan 2: Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan akumulasi sekret, kemampuan batuk menurun, perubahan tingkat kesadaran.

Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam di harapkan bersihan jalan nafas meningkat

Kriteria hasil:

- a. Ronkhi menurun
- b. Dispnea menurun
- c. Batuk efektif pasien meningkat

Frekuensi nafas membaik Intervensi:

1. Observasi status pernapasan sekurangnya setiap 4 jam atau menurut standar yang ditetapkan.

Rasional: untuk mendeteksi tanda awal bahaya.

2. Gunakan posisi semi fowler.

Rasional: untk membantu bernapas dan ekspansi dada serta ventilasi lapangan paru basilar.

3. Auskultasi bunyi napas. Catat adanya bunyi napas tambahan seperti ronchi, mengi, krekels.

Rasional: beberapa derajat spasme bronkus terjadi dengan obstruksi jalan napas.

4. Bantu klien latihan napas. Ajarkan/bantu klien cara batuk efektif misal dengan menepuk dada dan tarik napas dalam.

Rasional: napas dalam memudahkan ekspansi maksimum paru-paru/ jalan napas kecil. Batuk adalah mekanisme pembersihan jalan napas secara alami.

5. Bantu klien untuk mengubah posisi, batuk, dan bernafas dalam setiap 2 sampai 4 jam.

Rasional: untuk membantu mengeluarkan sekresi dan mempertahankan patensi jalan nafas.

6. Lakukan drainase postural, perkusi, dan vibrasi setiap 4 jam atau sesuai program.

Rasional: untuk meningkatkan mobilisasi sekresi yang mengganggu oksigenasi.

7. Ajarkan kepada klien tentang:

- a. Upaya mempertahankan hidrasi yang adekuat.
- b. Pemantauan sputum setiap hari dan melaporkan perubahannya.
- c. Mengonsumsi obat yang telah diresepkan dan menghindari membeli obat-obat pernapasan yang dijual bebas.
- d. Pentingnya klien untuk tetap aktif

Rasional: langkah-langkah ini melibatkan klien dalam perawatannya.

8. Tindakan kolaboratif: pemberian nebulizer dan suction.

Rasional : mengencerkan dan membersihkan sekret

Diagnosa keperawatan 3: Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular.

Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat.

Kriteria evaluasi:

- a. Pergerakan Ektermitas meningkat

- b. Kontraktur menurun
- c. Pergerakan sendi dan otot (ROM) meningkat

Intervensi:

1. Observasi kemampuan secara fungsional/luasnya kerusakan awal dan dengan cara yang teratur.

Rasional: mengidentifikasi kekuatan / kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan.

2. Ubah posisi minimal tiap 2 jam (telentang, miring).

Rasional: menurunkan resiko terjadinya trauma iskemik jaringan.

3. Bantu dan ajarkan latihan rentang gerak aktif dan pasif pada semua ekstremitas.

Rasional: meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, membantu mencegah kontraktur.

4. Anjurkan pasien untuk membantu pergerakan dan latihan dengan menggunakan ekstremitas yang tidak sakit untuk menyokong / menggerakkan daerah tubuh yang mengalami kelemahan.

Rasional: dapat berespons dengan baik jika daerah yang sakit tidak menjadi lebih terganggu dan memerlukan dorongan serta latihan aktif untuk “menyatukan kembali” sebagai bagian dari tubuhnya sendiri.

5. Kolaboratif: konsultasikan dengan ahli fisioterapi secara aktif.

Rasional: program yang khusus dapat dikembangkan untuk menemukan kebutuhan yang berarti/menjaga kekurangan tersebut dalam keseimbangan, koordinasi dan kekuatan.

Diagnosa keperawatan 4: Resiko Gangguan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil:

Kemerahan menurun

Elastisitas kulit meningkat

Kerusakan lapisan kulit menurun Tidak terdapat luka

Tidak terdapat kulit kemerahan disekitar tulang yang menonjol

Intervensi:

1. Anjurkan klien untuk melakukan latihan ROM dan mobilisasi jika mungkin.

Rasional : meningkatkan aliran darah ke semua daerah.

2. Ubah posisi setiap 2 jam.

Rasional : menghindari tekanan dan meningkatkan aliran darah.

3. Gunakan bantal air atau bantal yang lunak di bawah area yang menonjol.

Rasional : menghindari tekanan yang berlebihan pada daerah yang menonjol.

4. Lakukan masase pada daerah yang menonjol yang baru mengalami tekanan pada waktu berubah posisis.

Rasional : menghindari kerusakan kapiler.

5. Observasi terhadap eritema dan kepuccatan dan palpasi area sekitar terhadap kehangatan dan pelunakan jaringan tiap mengubah posisi.

Rasional : hangan dan pelunakan merupakan tanda kerusakan jaringan.

6. jaga kebersihan kulit dan hidari seminimal mungkin trauma, panas terhadap kulit.

Rasional : untuk mempertahankan keutuhan kulit

Diagnosa keperawatan 5: Inkontinensia urine berhubungan dengan ketidakmampuan merasakan kebutuhan untuk berkemih akibat disfungsi neurologis.

Tujuan: klien tidak terjadi inkontinensia urine

Kriteri hasil:

1. Pola BAK normal.
2. Pasien dapat berkomunikasi sebelum BAK
3. Kulit bersih dan kering.
4. Terhindar terdapat kulit kemerahan disekitar tulang yang menonjol

Intervensi:

1. Observasi kembali tipe inkontinensia dan polanya.
Rasional: Menentukan rencana lebih lanjut.
2. Buatlah jadwal untuk BAK. Palpasi bladder terhadap adanya distensi.
Rasional: Melatih BAK secara teratur. Obstruksi saluran kemih kemungkinan dapat terjadi
3. Berikan minum yang cukup 1500 - 2000 ml jika tidak ada kontraindikasi.
Rasional: Mencegah batu saluran kemih.
4. Lakukan perawatan kateter setiap hari.
Rasional: Menghindari terjadinya infeksi.
5. Monitor hasil urinalisa dan karakteristik urine.
6. Jaga privasi pasien saat BAK
Rasional: Mengetahui secara dini infeksi saluran kemih.
7. Hindari pasien minum sebelum tidur.

Rasional: Menghindari BAK saat tidur.

Diagnosa Keperawatan 6: Resiko aspirasi berhubungan dengan penurunan kesadaran

Tujuan: klien tidak terjadi aspirasi

Kriteria Hasil:

1. Klien tidak tersedak.
2. Jalan napas paten

Intervensi:

1. Pantau tanda-tanda aspirasi selama proses pemberian makan: batuk, tersedak, dan salivasi.

Rasional: Mencegah terjadinya aspirasi.

2. Cek penempatan selang enteral (NG Tube) sebelum pemberian makan dan pemberian pengobatan minimal 1x sehari.

Rasional: Mengevaluasi apakah selang NG Tube masih tetap berada di saluran pencernaan, karena dapat masuk ke paru-paru dan menimbulkan aspirasi.

3. Ajarkan kepada keluarga tentang teknik pemberian makan melalui NG Tube.

Rasional: Memandirikan klien dalam pemberian nutrisi untuk klien dan deteksi dini pencegahan aspirasi.

Diagnosa Keperawatan 7: Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskular.

Tujuan: perawatan diri klien tidak terganggu

Kriteria Hasil:

1. Klien terlihat bersih
2. Tidak bau
3. ADL secara mandiri

Intervensi:

1. Observasi kemampuan pasien ADL pasien.

Rasional: Membantu merencanakan intervensi.

2. Anjurkan pasien untuk melakukan sendiri perawatan dirinya jika mampu.

Berikan umpan balik positif atas usaha klien.

Rasional: Menumbuhkan kemandirian dalam perawatan

3. Pertahankan dukungan sikap tegas, beri cukup waktu untuk menyelesaikan tugas pada klien.

Rasional: Perawat konsisten dalam memberi asuhan keperawatan.

4. Bantu klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL pasien jika klien tidak mampu.

Rasional: Memenuhi kebutuhan ADL dan melatih kemandirian.

2.2.4 Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan (implementasi) adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi mencakup melakukan, membantu, atau mengarahkan kinerja

aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan asuhan perawatan untuk tujuan yang berpusat pada klien (Potter & Perry, 2005). Pelaksanaan keperawatan merupakan tahapan pemberian tindakan keperawatan untuk mengatasi permasalahan penderita secara terarah dan komprehensif, berdasarkan rencana tindakan yang telah ditetapkan sebelumnya.

Pelaksanaan keperawatan pada CVA Infark dikembangkan untuk memantau tanda-tanda vital, melakukan latihan rentang pergerakan sendi aktif dan pasif, meminta klien untuk mengikuti perintah sederhana, memberikan stimulus terhadap sentuhan, membantu klien dalam personal hygiene, dan menjelaskan tentang penyakit, perawatan dan pengobatan CVA Infark.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah respons pasien terhadap terapi dan kemajuan mengarah pencapaian hasil yang diharapkan. Aktivitas ini berfungsi sebagai umpan balik dan bagian kontrol proses keperawatan, melalui mana status pernyataan diagnostik pasien secara individual dinilai untuk diselesaikan, dilanjutkan, atau memerlukan perbaikan.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 24 September 2019 pukul 07.00 WIB, klien MRS pada tanggal 23 September 2019 pukul 19.36 WIB dengan no RM. 1362XX dan dirawat di paviliun VII B .

3.1.1 Identitas

Seorang klien yang bernama Tn.S, umur 72 tahun, jenis kelamin laki-laki, suku Jawa / bangsa Indonesia, agama Islam, pendidikan terakhir SMA, bertempat tinggal di Surabaya, dan penanggung biaya klien di rumah sakit adalah ASKES.

3.1.2 Riwayat Sakit Dan Kesehatan

1. Keluhan Utama

Tangan dan kaki kanan lemas serta bicara pelo

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Keluarga mengatakan \pm 1 bulan yang lalu tangan kanan klien tidak bisa digerakkan kemudian oleh klien dan keluarga dipijat, keluarga beranggapan bahwa tangannya sudah sembuh, kejadiannya hanya 1 hari. Selang 1 minggu ganti kaki kanannya yang tidak bisa digerakkan sama halnya dengan kasus sebelumnya, hanya dipijat saja sudah kembali normal, kejadiannya juga 1 hari. Bersamaan dengan tangan dan kaki, klien juga mengeluh batuk-batuk. Oleh keluarga dibawa ke puskesmas, DKT, tetapi klien tidak teratur minum obat. Mulai tanggal 15-09-2019, 2 hari sebelum masuk Rumah Sakit, klien mengeluh tidak bisa BAB. Kemudian pada tanggal 23-09-2019, klien minum obat dulcolax 2 tablet di pagi

harinya. Pada saat malamnya klien ke kamar mandi tetapi tidak kunjung keluar juga. Akhirnya istri klien masuk ke kamar mandi, klien sudah terlihat jalannya sempoyongan seperti mau jatuh. Klien masih belum juga bisa BAB. Akhirnya klien dibawa ke RSAL. Sesampainya di UGD klien GCS 4X6, tekanan darah 155/86 mmHg, nadi 91x/mnt, suhu 36,6⁰ C, RR 21x/mnt. Di UGD dilakukan pemasangan infus NS 14 tpm dan diberikan terapi injeksi ceftriaxone per IV 2 gr, injeksi citicolin per IV 500 mg (2 amp), injeksi lasix per IV 1 amp, sohobion 1 tab. Dilakukan pemeriksaan darah DL dan KK dengan hasil Leukosit: 14.900/mm³, Hemoglobin: 14,1.mm³, Hematokrit: 37,9%, Trombosit: 235.000/mm³, GDA: 108, BUN: 24,1 mg/dl, Kreatinin: 2,35 mg/dl, Na: 133 mmol/L, K: 3,5 mmol/L, Cl: 99,6 mmol/L. Pemeriksaan EKG dengan hasil normal synus rhytm, normal axis, inferior MI dan photo thorax. Selain itu juga, klien dilakukan CT Scan dengan hasil ada infark di bagian frontal dan temporal. Klien didiagnosis CVA infark dan disarankan untuk rawat inap. Kemudian klien dibawa ke ruangan Paviliun VII B. Di Paviliun VII B di konsultasikan ke dokter interna klien mendapatkan terapi ketosteril tab 3x2 tab, diit rendah garam, hari senin cek HBA 1 C. Pada tanggal 27-08-2019 dokter DPJP visite CT Scan ulang dengan hasil embolinya meluas dan mendapatkan terapi infus RL 3 kolf/hr, inj.Brainact per IV 3x500 mg, inj.Sohobion per IM 1x1 amp, inj.Perdipin syringe pump 0,5 mg/kg/BB, plavix per oral 1x1 tab bila tensi < 180 mmHg, inj.Ceftriaxone per IV 2x1 gr. Pada tanggal 28-08-2019, diberikan terapi inj.Lasix per IV 3x1 amp, inj.Ranitidin per IV 2x1 gr, inj.Perdipin syringe pump 0,5-1 mg/kg/BB, amlodipin per oral 1x5 gr. Pada saat masuk Rumah Sakit pada tanggal 24-08-2019 sampai saat pengkajian GCS klien 4X6. Tetapi setelah diberikan

terapi selama 3 hari GCS nya menurun jadi 3X6, klien terpasang alat bantu napas (nasal kanul 3 lpm) dan sudah terpasang NGT 14 Fr.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

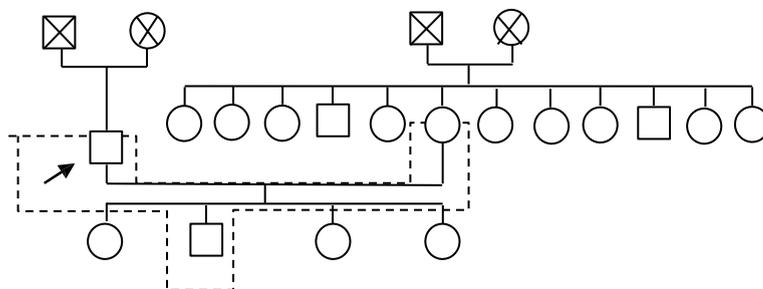
Klien memiliki riwayat hipertensi \pm 2 tahun yang lalu. Klien mulai rutin kontrol \pm 6 bulan yang lalu di posyandu, puskesmas dan DKT tetapi klien tidak teratur minum obat. Klien perokok aktif \pm 1 pack/hari dan suka minum kopi 1 cangkir kecil/hari.

Klien tidak memiliki riwayat Diabetes Melitus, asma.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga klien mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes melitus, jantung. Tetapi istri klien memiliki riwayat penyakit asma.

5. Susunan Keluarga (Genogram)



Keterangan :

□ : laki-laki

○ : perempuan

----- : tinggal serumah

↗ : klien

⊗ : meninggal

Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn.S

6. Riwayat alergi

Keluarga klien mengatakan klien tidak ada alergi makanan ataupun obat-obatan.

3.1.3 Pola Fungsi Kesehatan

1. Persepsi Terhadap Kesehatan

Keluarga klien mengatakan penyakit klien memang karena penyakit tua.

2. Pola Aktifitas dan Latihan

a. Kemampuan Perawatan Diri

Tabel 3.1 Kemampuan Perawatan Diri Tn.S

Aktivitas	SMRS					MRS				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Mandi	√									√
Berpakaian/berdandan	√									√
Eliminasi/toileting	√									√
Mobilitas di tempat tidur	√									√
Berpindah	√									√
Berjalan	√									√
Naik tangga	√									
Berbelanja										
Memasak										
Pemeliharaan rumah	√									

b. Kebersihan Diri

Sebelum masuk Rumah sakit klien mandi 2x sehari, gosok gigi 3x sehari, keramas 2x seminggu dan potong kuku 1x seminggu. Setelah masuk Rumah Sakit klien diseka 2x sehari, tidak pernah gosok gigi, tidak pernah keramas dan belum memotong kuku.

c. Aktifitas Sehari-hari

Keluarga klien mengatakan klien senang jalan-jalan pagi bersama istri tetapi sejak 2 tahun yang lalu istrinya tidak ikut jalan pagi jadi klien

juga tidak jalan-jalan. Keluarga klien juga mengatakan kalau klien senang menonton TV di rumah.

3. Pola Istirahat Tidur

Sebelum masuk Rumah Sakit klien jarang tidur siang dan tidur malam mulai pukul 22.00 – 05.00. Sedangkan selama masuk Rumah Sakit pola istirahat tidurnya tidak dapat terkaji karena klien mengalami penurunan kesadaran.

4. Pola Nutrisi –Metabolik

Sebelum masuk Rumah Sakit pola makan klien yaitu klien makan 3x sehari yang terdiri dari nasi, lauk pauk dan sayur dengan porsi 1 piring standart. Klien menyukai masakan rumah jadi klien jarang jajan diluar. Sedangkan selama masuk Rumah Sakit klien terpasang NG Tube berukuran 14 Fr. Klien makan 3x sehari. Bentuknya cair. Setiap kali makan 2 gelas @ 250 cc dan diberikan selang waktu 1 jam dari gelas yang satu dengan gelas yang kedua. Kesulitan menelan dan nafsu makan klien tidak dapat terkaji karena klien afasia dan mengalami penurunan kesadaran. Klien tidak menggunakan gigi palsu.

Sedangkan untuk pola minum klien, sebelum masuk Rumah Sakit klien senang mengkonsumsi kopi 1 cangkir kecil hampir setiap hari dan air putih sejumlah ± 1500 cc. Klien tidak ada pantangan makanan. Selama masuk Rumah Sakit klien minum air putih tiap 1 jam sekali sebanyak 2 spuit @ 25 cc. Jadi intake klien ± sejumlah 900 cc.

5. Pola Eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit kebiasaan BAB klien 1x sehari dengan konsistensi lembek dan warna kuning kecoklatan. Setelah masuk rumah sakit

klien dapat BAB hanya pada saat pertama kali masuk saja, selama masuk sampai pada saat pengkajian klien belum BAB.

Sedangkan untuk BAKnya, kebiasaan BAK sebelum masuk rumah sakit 4-5x sehari dengan cara spontan tanpa menggunakan alat, konsistensi cair dan warnanya kuning jernih. Tetapi setelah masuk rumah sakit klien menggunakan pampers, warna kuning jernih dan diganti sehari 2x.

6. Pola kognitif Perseptual

Klien tidak dapat berbicara karena afasia. Bahasa sehari-hari yang digunakan, kemampuan membaca, tingkat ansietas klien, kemampuan interaksi dengan orang lain, vertigo dan nyeri tidak dapat terkaji karena klien afasia.

7. Pola konsep diri

Tidak dapat terkaji karena klien afasia.

8. Pola koping

Keluarga klien mengatakan perawatan diri terhadap klien sudah dilakukan dengan baik. Keluarga klien tidak ada masalah dengan biaya karena menggunakan askes. Keluarga klien mampu beradaptasi dengan kondisinya saat ini. Kehilangan perubahan yang terjadi sebelumnya tidak dapat terkaji karena klien mengalami afasia.

9. Pola peran – hubungan

Klien adalah seorang purnawirawan TNI AL. Kualitas pekerjaan klien adalah klien sudah tidak bekerja. Sistem pendukung dari istri maupun keluarga. Keluarga klien mengatakan tidak ada masalah dengan perawatan yang ada di Rumah Sakit.

10. Pola nilai kepercayaan

Klien adalah seorang yang beragama islam tetapi selama masuk rumah sakit klien tidak pernah melaksanakan ibadah.

3.1.4 Pengkajian Persistem (*Review of System*)

1. Tanda-tanda vital Keadaan umum

: lemah GCS/Kesadaran :

3X6/somnolen Tekanan darah :

160/100 mmHg Nadi :

96x/mnt Frekuensi napas :

26x/mnt

SPO2 : 94 %

Suhu : 36,5⁰C

Tinggi badan : 167 cm

2. Sistem pernapasan (*Breath*)

Inspeksi : bentuk dada normochest, terpasang alat bantu napas (nasal kanul 3 lpm), RR: 26x/menit, pernapasan cuping hidung (+), pernapasan abdomen (+), otot bantu napas (+), sekret (+) kental warna putih, klien tampak batuk-batuk.

Palpasi: fremitus raba (+)

Perkusi : suara sonor

Auskultasi : Ronchi (+), suara napas vesikuler

3. Sistem kardiovaskuler (*Blood*)

Inspeksi : ictus cordis di ICS 4-5 midclavicula sinistra, sianosis (-)

Palpasi : tekanan darah 160/100 mmHg, nadi 96x/mnt, CRT < 2detik, tidak ada odem, akral hangat, kering, merah muda.

Perkusi : pekak

Auskultasi : irama jantung reguler, S1 S2 tunggal, gallop (-), murmur (-)

4. Sistem persarafasan (*Brain*)

Kesadaran somnolen, GCS 3X6. Hemiparese dekstra

Fungsi sensorik : tidak dapat terkaji karena klien kesadarannya somnolen

Pemeriksaan nervus :

Nervus I : tidak dapat terkaji

Nervus II : tidak ada gangguan terhadap lapang pandang

Nervus III : ptosis dekstra

Nervus IV : tidak ada gangguan terhadap menggerakkan mata keatas dan kebawah

Nervus V : tidak dapat terkaji

Nervus VI : tidak ada gangguan terhadap pergerakan mata ke arah lateral

Nervus VII : tidak dapat terkaji

Nervus VIII : tidak dapat terkaji

Nervus IX : tidak dapat terkaji

Nervus X : tidak dapat terkaji

Nervus XII : tidak dapat terkaji

Reflek fisiologis

Bisep (<i>BPR/Bisep Pees Reflec</i>)	0	+2
Trisep (<i>TPR/Trisep Pees Reflec</i>)	0	+2
Patella (<i>KPR/Knee Pees Reflec</i>)	+1	+1
Achilles (<i>APR/Achilles Pess Reflec</i>)	+1	+1

Reflek patologis

Tromner	+	-
Hoffman	-	-
Babinsky	-	-
Chaddock	-	-

5. Sistem perkemihan (*Bladder*)

Inspeksi : terpasang kateter (+), klien menggunakan pampers, jumlah urine sebanyak 200 cc/hari

Palpasi : distensi kandung kemih (-)

6. Sistem Pencernaan (*Bowel*)

Inspeksi : keadaan mulut bersih, gigi tidak ada, tidak menggunakan gigi palsu, bentuk perut datar, bibir tidak sianosis, mukosa bibir kering, terpasang NGT 14 Fr.

Auskultasi : bising usus 20x/menit

Palpasi : supel, distensi abdomen (-), hepatomegali (-), asites (-), lien tidak teraba

Perkusi : tympani

7. Sistem Muskuloskeletal (*Bone*)

Inspeksi : klien tampak terbaring di tempat tidur, terpasang infus NaCl 21 tetes/menit pada tangan kiri.

Palpasi : kekuatan otot

0000	4444
0000	4444

Keterangan :

0 = kontraksi otot tidak terdeteksi

1 = kejapan yang hampir tidak terdeteksi atau bekas kontraksi dengan observasi atau palpasi

2 = pergerakan aktif bagian tubuh dengan mengeliminasi gravitasi

3 = pergerakan aktif hanya melawan gravitasi dan tidak melawan tahanan

4 = pergerakan aktif melawan gravitasi dan sedikit tahanan

5 = gerakan aktif melawan tahanan penuh tanpa adanya kelelahan otot (kekuatan otot normal)

Tidak terdapat fraktur, tidak ada kontraktur, tidak ada flaxid.

8. Sistem Integumen

Inspeksi : tidak terdapat luka di tubuh yang tertekan. Kemerahan pada tulang-tulang yang menonjol.

Palpasi : turgor kulit baik, crt \leq 2 detik, sianosis (-)

9. Sistem Penginderaan

Mata

Inspeksi : ptosis (+), pupil isokor (+) 3 mm, konjungtiva merah (tidak anemis), sklera putih (tidak ikterus)

Hidung

Inspeksi : septum nasal simetris

Palpasi : nyeri tekan tidak dapat terkaji, tidak ada polip.

Telinga

Inspeksi : aurikula simetris, serumen (+)

10. Sistem Reproduksi Dan Genetalia

Inspeksi : Keadaan genetalia bersih

3.1.5 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

23 September 2019

Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Harga Normal
PT : 13,6	N: 11,9-15
APT : 29,5	N: 26,4-40
GDA : 123 mg/dl	N: 76-110 mg/dl
Gula 2 jam PP : 166 mg/dl	N: 80-125 mg/dl
Albumin : 3,9 mg/dl	N: 3,5-5 mg/dl
Bilirubin Total : 0,96 mg/dl	N: 0,2-1 mg/dl
SGOT : 34 U/I	N: 0-35 U/I
SGPT : 26 U/I	N: 0-37 U/I
BUN : 56,5 mg/dl	N: 10-24 mg/dl
Kreatinin : 4,09 mg/dl	N: 0,5-1,5 mg/dl
Kolesterol Total : 213 mg/dl	N: 150-250 mg/dl
Trigliserida : 100 mg/dl	N: 50-200 mg/dl
Natrium : 135,1 mmol/L	N: 135-145 mmol/L
Kalium : 3,19 mmol/L	N: 3,5-5 mmol/L
Clorida : 108,6 mmol/L	N: 9,5-108 mmol/L
HBA 1 C : 5,1%	N: 4,5-6,3%

2. Photo

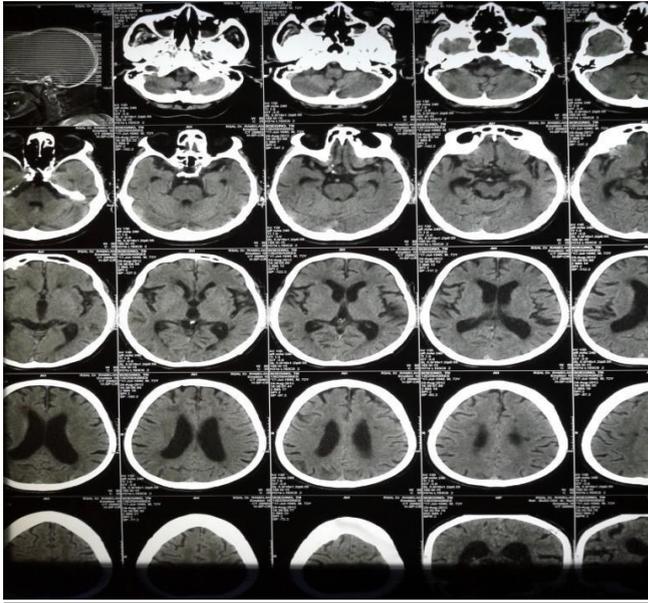
a. Photo torak



Gambar 3.2 Photo Torak Tn.S

Hasil : Terdapat cairan di bagian bawah paru.

b. CT Scan



Gambar 3.3 Hasil CT Scan Tn.S pada Tanggal 23 September 2019

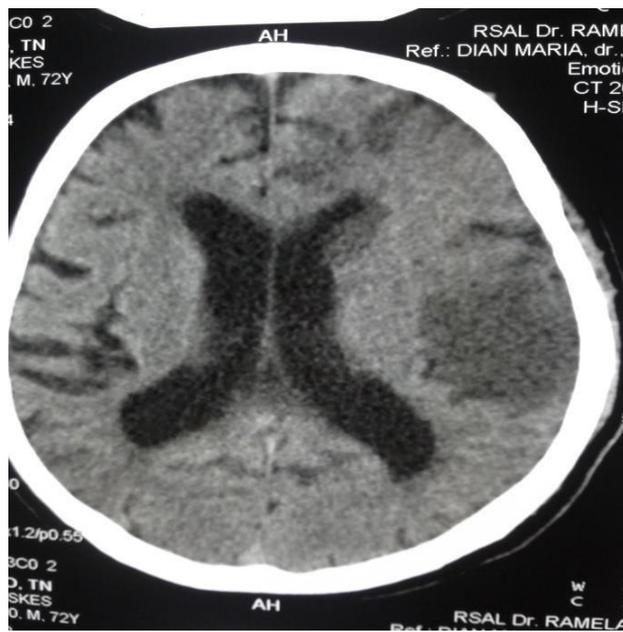
Hasil MSCT Scan kepala irisan sejajar OML tanpa kontras:

1. Tampak area hypodens abnormal berbatas tegas, kecil-kecil di subcortical frontal kiri kanan, subkortikal temporal kiri dan corona radiata kiri sisi anterior
2. Tampak area hypodens abnormal berbatas tidak tegas dan tegas, kecil-kecil di subkortikal temporal kanan sd corona radiata kanan, basal ganglia kiri kanan dan capsula eksterna kiri kanan (dengan sisi kiri lebih banyak)
3. Vebtrikel lateralis kiri kanan, III dan IV agak melebar, tak tampak area hypodens ventrikuler
4. Sella index sekitar 3,12
5. Pons dan cerebellum baik
6. Sulci dan gyri melebar
7. Mastoid kiri kanan tampak normal
8. Orbita, nervus optikus kanan dan kiri normal

9. Tampak perselubungan di sinus frontalis kiri dan ethmoidalis kiri sisi anterior
10. Sinus frontalis kanan dan sinus sphenoidalis kiri kanan normal
11. Sinus maksilaris kiri kanan terscan sebagian

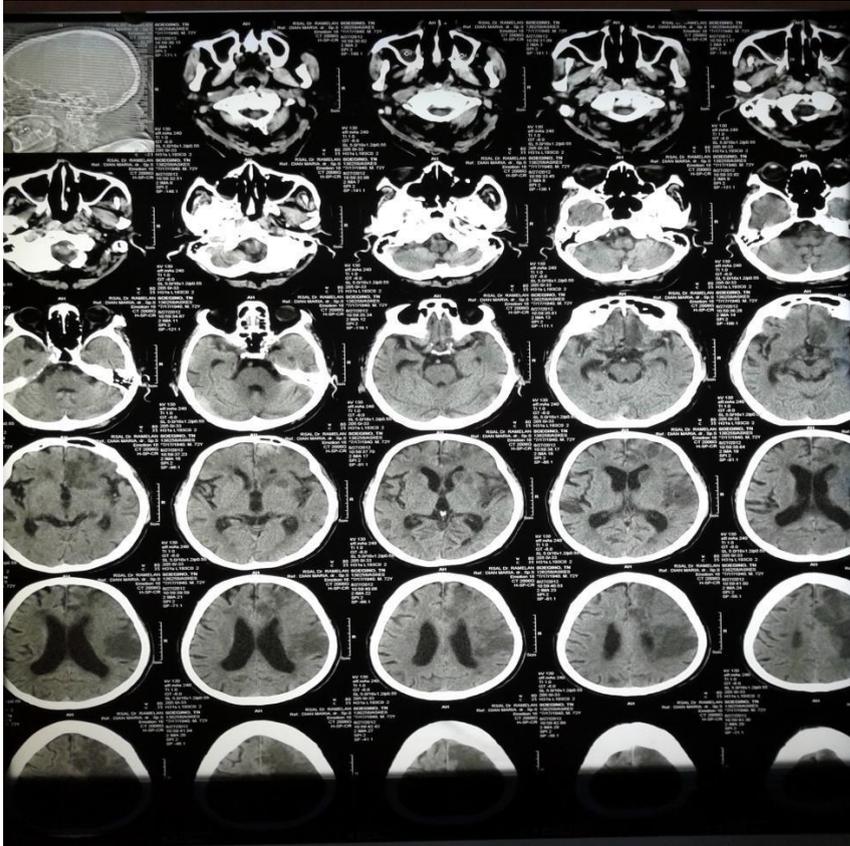
Kesimpulan:

1. Chronic infarct kecil-kecil di subkortikal frontal kiri kanan, subkortikal temporal kiri dan corona radiata kiri sisi anterior
2. Cerebral infarc, subacute dan chronic, kecil-kecil di subkortikal temporal kanan sd corona radiata kanan, basal ganglia kiri kanan dan capsula eksterna kiri kanan (dengan sisi kiri lebih banyak)
3. Metode brain atropy disertai pelebaran sistem ventrikel ok aging process
4. Sinusitis frontalis kiri dan ethmoidalis kiri sisi anterior



5.

Gambar 3.4 Hasil CT Scan Tn.S pada tanggal 27 September 2019 *part 1*



Gambar 3.5 Hasil CT Scan Tn.S pada tanggal 27 September 2019 *part 2*

Hasil MSCT Scan kepala irisan sejajar OML tanpa kontras:

1. Tampak area hypodens abnormal berbatas tidak tegas, luas di kortikal - subkortikal frontal kiri - temporal sd parietal kiri - corona radiata kiri – nucleus radiata kiri – nucleus lentiformis kiri, disertai edema disekitarnya yang menekan ventrikel lateralis kiri.
2. Tampak area hypodens abnormal berbatas tegas, kecil-kecil di subcortical frontal kanan.
3. Tampak area hypodens abnormal berbatas tidak tegas dan tegas, kecil-kecil di subkortikal temporal kanan sd corona radiata kanan, basal ganglia kanan dan kapsula eksterna kanan.

4. Ventrikel lateralis kiri kanan, III dan IV melebar, tak tampak area hypodens periventrikuler.
5. Sella media index sekitar 2,88.
6. Pons dan cerebellum baik
7. Sulci dan gyri diluar daerah lesi melebar
8. Mastoid kiri kanan tampak normal.
9. Orbita, nervus optikus dan kiri normal.
10. Sinus frontalis kiri kanan, ethmoidalis kanan dan sphenoidalis kiri normal
11. Tampak penebalan mucosa di sinus ethmoidalis kiri
12. Tampak gambaran air-fliud level sinus maksilaris kiri kanan dan sphenoidalis kanan

Kesimpulan :

1. Subacute thromboembolic infarct luas, di kortikal-subkortikal frontal kiri-temporal sd parietal kiri-corona radiata kiri-nucleus caudatus kiri-nucleus lentiformis kiri; disertai edema disekitarnya yang menekan ventrikel lateral kiri, sesuai teritori ACA kiri dan MCA kiri cabang terminal dan striata.
2. Chronic infark kecil-kecil di subcortikal frontal kanan.
3. Cerebral infark subacute dan chronic, subcortikal temporal kanan sd corona radiata kanan, basal ganglia kanan dan kapsula eksterna kanan.
4. Brain atropi disertai pelebaran sistem ventrikel ok aging process.
5. Penebalan mucosa di sinus ethmoidalis kiri.
6. Sinusitis maksilaris kiri kanan dan sinus ethmoidalis kanan.

2. Lain-lain

Pemeriksaan EKG

24 September 2019

Hasil :

Normal sinus rhytim, normal axis, inferior MI

Dikonsultasikan ke kardiologi

27 September 2019

Hasil : gambaran EKG normal synus rhytem.

3.1.5 Terapi24 September 2019

Tabel 3.3 Terapi

Terapi yang diberikan	Aturan pakai
Infus NaCl 3 kolf	21 x tetes/menit
Injeksi brainact 500 mg per IV	3x1
Injeksi lasix per IV	2x1 1 amp
Injeksi ceftriaxone 1 gr per IV	2x1
Ketosteril tab per oral	3x2
Micardis 80 mg per oral	1x1 (1-0-0)
Amplodipine 5 mg per oral	1x1 (0-0-1)
Plavix tab per oral	1x1
Bisolvon	10 tetes tiap kali melakukan nebulizer

Surabaya, 24 September 2019

Mahasiswa

Yosep

Yosep Yudi C

3.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian, penulis kemudian mengelompokkan data tersebut dan kemudian dianalisa sehingga dapat di tarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b/d Edema Cerebral
- b. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif b/d Benda Asing pada Jalan Nafas
- c. Defisit Perawatan Diri
- d. Resiko gangguan integritas jaringan b/d Tirah Baring lama
- e. Gangguan Mobilitas Fisik b/d Kerusakan Neuromuskular

Dari hasil pengkajian, penulis kemudian mengelompokkan data tersebut dan kemudian dianalisa sehingga dapat di tarik kesimpulan sebagai berikut:

3.2.1 Analisa Data

No.	Data (Symptom)	Penyebab (Etiologi)	Masalah (Problem)
1.	DS : Tidak terkaji pasien afasia DO : a. Kesadaran somnolen b. GCS : 3X6 c. Afasia motorik d. Ptosis dekstra e. Pupil isokor 3 mm f. Kelumpuhan atau hemiparese dekstra g. TD: 160/100 mmHg, N: 96x/mnt, Spo2 94%, S: 36,5 ⁰ C, RR: 26x/mnt h. Hsil CT Scan : emboli meluas di bagian frontal, temporal dan parietal	Edema Cerebral (Stroke Iskemik)	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (0066)

2.	<p>DS: Tidak terkaji pasien afasia DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kx tampak batuk-batuk b. Terpasang alat bantu napas, nasal kanul 3 lpm c. Pernapasan cuping hidung (+) d. Otot bantu napas (+) e. Pernapasan abdomen (+) f. Ronchi (+) g. Sekret (+) h. Photo thorak: terdapat cairan di bagian bawah paru-paru i. TD: 160/100 mmHg, N: 96x/mnt, Spo2 94%, S: 36,5°C, RR: 26x/mnt 	<p>Benda Asing dalam Jalan Nafas (Cairan di Paru-paru)</p>	<p>Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (0001)</p>
3.	<p>DS: Tidak terkaji pasien afasia DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. GCS 3X6 b. Kx terbaring di tempat tidur c. Hemptese dekstra d. Kx tampak lemah e. Hsil CT Scan : emboli meluas di bagian frontal, temporal dan parietal f. Kekuatan otot 0000 4444 <u>0000 4444</u> 	<p>Gangguan Neuromuskolar</p>	<p>Gangguan Mobilitas fisik (0054)</p>
4.	<p>Faktor Resiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tubuh bagian belakang (paha, punggung agak kemerahan) b. Imobilitas fisik c. Tirah baring lama d. Semua Mobilisasi dibantu oleh keluarga e. Braden scale : 13 (resiko sedang) 		<p>Resiko Gangguan Integritas Kulit (0139)</p>

3.2.2 Prioritas Masalah

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf (Nama Perawat)
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Ketidakefektifan bersihan jalan napas	24 September 2019	Belum teratasi	<i>Yosep</i>
2.	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral	24 September 2019	Belum teratasi	<i>Yosep</i>
3.	Hambatan mobilitas fisik	24 September 2019	Belum teratasi	<i>Yosep</i>
4.	Resiko gangguan integritas kulit	24 September 2019	Belum teratasi	<i>Yosep</i>

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 4 Intervensi dan Rasional Diagnosa Keperawatan Tn.S Berdasarkan Prioritas Masalah

No.	Diagnos keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Bersihan Jalan Nafas tidak Efektif berhubungan dengan Benda Asing dalam Jalan Nafas Cairan di Paru-paru). (0066)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan bersihan jalan nafas meningkat, dengan kriteria hasil: a. Ronkhi menurun b. Dispnea menurun c. Batuk efektif pasien meningkat d. Frekuensi nafas membaik	Managemen Jalan Nafas : 1. Bina hubungan saling percaya 2. Observasi <i>respiratory rate</i> sekurangnya setiap 4 jam atau minimal setiap pergantian shift jaga 3. Auskultasi bunyi napas. Catat adanya bunyi napas tambahan seperti ronchi, mengi, krekels. 4. Bantu klien untuk mengubah posisi, batuk, dan bernafas dalam setiap 2 sampai 4 jam 5. Berikan hasil tindakan kolaboratif: pemberian nebulizer (bisovon) dan suction.	1. Memudahkan dalam melaksanakan pengkajian. 2. Untuk mendeteksi tanda awal bahaya. 3. Beberapa derajat spasme bronkus terjadi dengan obstruksi jalan napas. 4. Untuk membantu mengeluarkan sekresi dan mempertahankan patensi jalan nafas. 5. Mengencerkan dan 6. membersihkan sekret

2.	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Cerebral (Stroke Iskemik) (0001)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan Kapasitas Adaptif Intrakranial Meningkat dengan kriteria hasil : a. Nyeri kepala menurun b. Kesadaran meningkat, GCS meningkat c. Mual muntah menurun d. Respon pupil membaik e. Reflek Neurologis membaik	Managemen Peningkatan Tekan Intrakranial : 1. Observasi tanda-tanda vital : suhu tubuh, tekanan darah, nadi dan respirasi 2. Observasi pupil, ukuran, kesimetrisan. 3. Observasi Tingkat kesadaran 4. Jelaskan pada keluarga klien	1. Pada keadaan normal, otheregulasi mempertahankan keadaan tekanan darah sistemik berubah secara fluktuasi 2. Reaksi pupil diatur oleh saraf kranial okulomotorius dan berguna dalam menentukan apakah batang otak tersebut masih baik. Ukuran dan kesamaan pupil ditentukan oleh keseimbangan antarabperasarafan simpatis dan parasimpatis yang mempersarafinya. 3. Mengetahui kecenderungan tingkat kesadaran dan potensial peningkatan TIK dan mengetahui lokasi, luas dan keamajuan/resolusi kerusakan SSP. 4. Keluarga lebih
----	--	---	--	---

			<p>tentang sebab-sebab peningkatan TIK dan akibatnya.</p> <p>5. Letakkan kepala dengan posisi agak ditegakkan dan dalam posisi anatomis (netral), posisi head up 10⁰.</p> <p>6. Kolaboratif: berikan oksigen 3 lpm</p> <p>7. Berikan hasil kolaboratif: berikan obat anti hipertensi amlodipine 1x1</p> <p>8. Berikan hasil kolaboratif: obat diuretik lasix 2x1 ampul</p>	<p>berpartisipasi dalam proses penyembuhan.</p> <p>5. Menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral.</p> <p>6. Menurunkan hipoksia yang dapat menyebabkan vasodilatasi serebral dan tekanan meningkat/terbentuknya edema.</p> <p>7. Hipertensi lama/kronis memerlukan penanganan yang hati-hati, sebab penanganan yang berlebihan meningkatkan resiko terjadinya perluasan kerusakan jaringan.</p> <p>8. Mengurangi edema pada serebral</p>
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan neuromuskular.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan mobilitas fisik	<p>Dukungan Mobilisasi :</p> <p>1. Observasi kekuatan otot</p>	<p>1. Mengidentifikasi</p>

	(0054)	<p>pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pergerakan Ekstermitas meningkat Kontraktur menurun Pergerakan sendi dan otot (ROM) meningkat 	<p>dengan cara yang teratur.</p> <ol style="list-style-type: none"> Ubah posisi minimal tiap 2 jam (telentang, miring). Bantu dan ajarkan latihan rentang gerak aktif dan pasif pada semua ekstremitas (ROM pasif). Kolaboratif: konsultasikan dengan ahli fisioterapi secara aktif. 	<p>kekuatan / kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan.</p> <ol style="list-style-type: none"> menurunkan resiko terjadinya trauma iskemik jaringan. meminimalkan atrofi oto, meningkatkan sirkulasi, membantu mencegah kontraktur. program yang khusus dapat dikembangkan untuk menemukan kebutuhan yang berarti/menjaga kekurangan tersebut dalam keseimbangan, koordinasi dan kekuatan.
4.	Resiko Gangguan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama (0139)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kemerahan menurun Elastisitas kulit meningkat Kerusakan lapisan kulit menurun 	<p>Perawatan Integritas Kulit :</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan klien untuk melakukan latihan ROM dan mobilisasi jika mungkin. Ubah posisi setiap 2 jam. Anjurkan untuk 	<ol style="list-style-type: none"> Meningkatkan aliran darah ke semua daerah. menghindari tekanan dan meningkatkan aliran darah. menghindari tekanan

			<p>menggunakan bantal air atau bantal yang lunak di bawah area yang menonjol/diganjal bantal.</p> <p>4. Lakukan masase pada daerah yang menonjol yang baru mengalami tekanan pada waktu berubah posisis.</p> <p>5. Observasi terhadap eritema dan kepucatan dan palpasi area sekitar terhadap kehangatan dan pelunakan jaringan tiap mengubah posisi.</p>	<p>yang berlebihan pada daerah yang menonjol.</p> <p>4. mengindari kerusakan kapiler.</p> <p>5. hangat dan pelunakan merupakan tanda kerusakan jaringan.</p>
--	--	--	---	--

3.4 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan

Tabel 3.7 Implementasi dan Catatan Perkembangan Keperawatan Tn,S

No. Dx	Waktu Tgl/Jam	Tindakan	TT	Waktu Tgl/Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT
1,2,3	Senin, <u>24-09-2019</u> 07.00	Membina hubungan saling percaya “mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjelaskan jam jaga”	<i>Yosep</i>	Selasa, <u>25-09-2019</u> 08.00	Diagnosa 1: S: - O:	
1,2,3	08.00	Memberikan terapi injeksi sesuai advis dokter <ul style="list-style-type: none"> • Inj. Ceftriaxone 500 mg • Inj. Lasix 1 amp • Inj. Brainact 500 mg Memberikan cairan per dripin 9,0 syringe pump Melakukan observasi TTV	<i>Yosep</i>		a. Klien terpasang alat bantu napas (nasal kanul 3 lpm) b. Terdapat ronchi (+) c. Terdapat sekret (+) d. Terdapat pernapasan cuping hidung (+) e. Terdapat pernapasan abdomen (+) f. Klien tampak batuk-batuk g. RR: 28x/mnt h. Suction (+) i. Nebulizer (+)	<i>Yosep</i>
2	08.15	GCS 3X6, pupil isokor	<i>Yosep</i>		A: masalah belum teratasi	
3	09.00	kekuatan motorik 0000 4444				

		0000 4444	<i>Yosep</i>		P: lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 6	
1,2,3	09.10	TD: 160/100 mmHg, S: 36,5 ⁰ C, N: 96x/mnt, RR: 26x/mnt				
1	09.15	Mengauskultasi suara napas ronchi (+), sekret (+)			Diagnosa 2:	
1	09.25	Memberikan oksigen : klien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm Memberikan nebulizer dengan bisolvon	<i>Yosep</i>		S: - O:	
1	09.30	Melakukan suction	<i>Yosep</i>		a. GCS 2X5 b. Pupil isokor c. Tidak ada mual, muntah d. Hemiparese dekstra e. Hasil CT Scan: CVA infark, emboli meluas, ada edema di batang otak	
1	09.40	Menjelaskan kepada keluarga klien tentang sebab-sebab peningkatan TIK yaitu: terdapat muntah proyektil (muntah secara tiba-tiba tanpa ada rangsangan)	<i>Yosep</i>		A: masalah belum teratasi	
2	10.00	Membantu klien untuk mengubah posisi tiap 2 jam sekali telentang ke miring kiri.	<i>Yosep</i>		P: lanjutkan intervensi 2, 3, 4, 8, 9, 10	
3,4	10.10	Menganjurkan untuk menggunakan bantal yang lunak di bawah area yang menonjol/diganjal bantal.	<i>Yosep</i>		Diagnosa 3:	
	12.00	Membantu klien untuk mengubah posisi tiap 2			S: - O:	

4		jam sekali miring kiri ke telentang.	<i>Yosep</i>			
3-4	12.40	Mengecek penempatan selang enteral (NG Mengobservasi TTV				a. Semua ADL dibantu keluarga b. Kekuatan motorik tidak dapat dikaji jarena klien mengalami penurunan kesadaran c. Tidak ada kontraktur d. Keluarga tampak melakukan ROM pasif kepada klien A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi 2, 3
	13.00	TD: 170/100 mmHg, S: 37,1 ⁰ C, RR: 28x/mnt, N: 80x/mnt	<i>Yosep</i>			
1-2-3	14.00	GCS 3X6, pupil isokor				
	15.00	kekuatan motorik 0000 4444 0000 4444	<i>Yosep</i>			
	15.30	Ronchi (+), GCS 3X6 Melakukan nebulizer dengan bisolvon	<i>Yosep</i> <i>Yosep</i>			Diagnosa 4: S: - O:
	16.00	Membantu klien untuk mengubah posisi tiap 2 jam sekali miring kiri ke telentang.	<i>Yosep</i>			a. Kulit kemerahan disekitar tulang yang menonjol b. Braden scale 13 A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi 2, 3,4, 5
1	18.00	Melakukan suction				
4	18.15	Klien istirahat	<i>Yosep</i>			
	18.25	Membantu dan mengajarkan latihan rentang gerak pasif (ROM pasif) pada semua ekstremitas pada keluarga				
1	18.40		<i>Yosep</i>			

3	20.00	Membantu klien untuk mengubah posisi tiap 2 jam sekali dari telentang ke miring kanan.	<i>Yosep</i>			<i>Yosep</i>						
3	20.05	Mengajarkan untuk melakukan masase pada daerah yang menonjol yang baru mengalami tekanan pada waktu berubah posisi	<i>Yosep</i>									
4	21.00	Memberikan terapi injeksi sesuai advis dokter "Inj. Brainact 500 mg"										
	24.00	Membantu klien untuk mengubah posisi tiap 2 jam sekali dari miring kanan ke telentang.										
		Mengobservasi TTV										
2	05.00	TD: 160/100 mmHg, S: 36,5 ⁰ C, RR: 26x/mnt, N: 96x/mnt	<i>Yosep</i>									
		kekuatan motorik 0000 4444	<i>Yosep</i>									
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 10px;">0000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4444</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 10px;">4444</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">0000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4444</td> <td style="padding: 0 10px;">4444</td> </tr> </table>	0000	4444	4444	0000	4444	4444	<i>Yosep</i>			
0000	4444	4444										
0000	4444	4444										
4	05.15	Ronchi (+), GCS 3X6, pupil isokor, sekret (+)	<i>Yosep</i>									
		Melakukan nebulier dengan bisolvon	<i>Yosep</i>									
		Melakukan suction										
		Memberikan diit dan terapi oral				<i>Yosep</i>						

		ketosteril 2 tab amplodipin 5 mg 1 tab Memberikan cairan perdipin 9,0 syringe pump	<i>Yosep</i>		
123	05.20	Membantu klien untuk mengubah posisi tiap 2 jam sekali dari telentang ke miring kiri.			
1	05.30	Memberikan terapi injeksi sesuai advis dokter			
	05.40	Inj. Ceftriaxone 500 mg Inj. Lasix 1 amp Klien istirahat			
123	05.45	Memberikan terapi injeksi sesuai advis dokter "Inj. Brainact 500 mg"	<i>Yosep</i>		
2	05.50	Memberikan diit dan terapi oral ketosteril 2 tab micardis 80 mg 1 tab Mengobservasi TTV	<i>Yosep</i>		
123		TD: 130/70 mmHg, N: 92x/mnt, RR: 28x/mnt,S: 38, ⁰ C kekuatan motorik: tidak dapat dikaji karena klien mengalami penurunan kesadaran. GCS 2X5, pupil isokor, ronchi (+), sekret (+)			

2	Rabu, <u>25-09-2019</u> 08.00	Melakukan nebulizer dengan bisolvon Melakukan suction	<i>Yosep</i>	Kamis, <u>26-09-2019</u>	Diagnosa 1: S: - O:	
123	08.30	Memberikan obat antipiretik Menganjurkan untuk kompres di daerah ketiak dan dahi. Menganjurkan untuk memakai pakaian yang dapat menyerap keringat Membantu keluarga klien untuk melakukan latihan ROM pasif.	<i>Yosep</i> <i>Yosep</i>	08.00	a. Klien terpasang alat bantu napas (masker non rebreathing 8lpm) b. Terdapat ronchi (+) c. Terdapat pernapasan cuping hidung (+) d. Terdapat pernapasan abdomen (+) e. Klien tampak batuk-batuk f. RR: 27x/mnt g. Suction (+) h. Nebulizer (+)	
3	2	Memberikan terapi injeksi sesuai advis dokter	<i>Yosep</i>		A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 6	
123		Inj. Ceftriaxone 500 mg Inj. Lasix 1 amp Inj. Brainact 500 mg Dokter DPJP visite:	<i>Yosep</i>		Diagnosa 2:	
123		<ul style="list-style-type: none"> • Nasal kanul 3 lpm diganti masker non rebreathing 8 lpm • Perdipine syringe pump diturunkan 1 	<i>Yosep</i>		S: - O:	

123	09.00	cc/jam tiap 3 jam bila tensi stabil <180 mmHg Bioquinon 1-1-0 diminum bersamaan sonde Ubi Q 1-0-1 diminum bersamaan sonde Terapi dari dokter dian dilanjutkan	<i>Yosep</i>		a. GCS 2X4 b. Pupil isokor c. Tidak ada mual, muntah d. Hemiparese dekstra e. Hasil CT Scan: CVA infark, emboli meluas, ada edema di bagian batang otak	
	10.30	TD: 140/70 mmHg, cairan peridipin diturunkan 9,0 menjadi 8,0	<i>Yosep</i>		A: masalah belum teratasi	
	12.00	TD: 150/90 mmHg			P: lanjutkan intervensi 2,3, 4, 8, 9, 10	
	12.05	Mengecek penempatan selang enteral (NG Tube) sebelum pemberian makan			Diagnosa 3:	
123	12.05	Memberikan diit cair MLP @ 250 cc dan terapi oral “ketosteril 2 tab”	<i>Yosep</i>		S: -	
	12.10	Memantau tanda-tanda aspirasi selama proses pemberian makan: klien tidak tersedak	<i>Yosep</i>		O:	
		Mengobservasi TTV	<i>Yosep</i>		a. Semua ADL dibantu keluarga	
1		TD: 140/80 mmHg, S: 38,5 ⁰ C, RR: 30x/mnt, N: 88x/mnt	<i>Yosep</i>		b. Kekuatan motorik tidak dapat dikaji karena klien mengalami penurunan kesadaran	
		Ronchi (+), GCS 2X5, sekret (+)			c. Tidak ada kontraktur	
	12.20	Melakukan nebulizer dengan bisolvon	<i>Yosep</i>		d. Keluarga tampak melakukan ROM pasif	

123	12.30	Melakukan suction			kepada klien	
	12.35	cairan perdupin diturunkan 8,0 menjadi 7,0			A: masalah belum teratasi	
	13.00	Klien istirahat			P: lanjutkan intervensi 2, 3	
	15.00	Membantu keluarga klien latihan rentang gerak pasif (ROM pasif) pada semua ekstremitas	<i>Yosep</i>		Diagnosa 4:	
		Memberikan terapi injeksi sesuai advis dokter "Inj. Brainact 500 mg"			S: -	
	16.15	Mengobservasi TTV			O:	
		TD: 150/70 mmHg, S: 37,2 ⁰ C, RR: 29x/mnt, N: 84x/mnt	<i>Yosep</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Kulit kemerahan disekitar tulang yang menonjol • Braden scale 13 	
	18.00	Ronchi (+), GCS 2X4, pupil isokor, sekret (+)			A: masalah belum teratasi	
		Melakukan nebulizer dengan bisolvon			P: lanjutkan intervensi 2, 3,4, 5	<i>Yosep</i>
123		Melakukan suction				
	18.15	Memberikan diit dan terapi oral				
123	18.30	ketosteril 2 tab amplodipin 5 mg 1 tab				
	18.45	bioquinon 1 tab ubi Q				

123		Memberikan terapi injeksi sesuai advis dokter				
123	20.00	Inj. Ceftriaxone 500 mg Inj. Lasix 1 amp Klien istirahat				
	21.00	Memberikan terapi injeksi sesuai advis dokter "Inj. Brainact 500 mg"	<i>Yosep</i>			
1	24.00	Memberikan diit dan terapi oral ketosteril 2 tab micardis 80 mg 1 tab bioquinon ubi Q	<i>Yosep</i>			
2	05.00	Mengobservasi TTV				
3		TD: 170/70 mmHg, S: 36, ⁰ C, RR: 27x/mnt, N: 100x/mnt	<i>Yosep</i>			
3		Ronchi (+), GCS 2X4, pupil isokor, sekret (+)				<i>Yosep</i>
		Melakukan nebulizer dengan bisolvon				
		Melakukan suction	<i>Yosep</i>			
123	05.15	Membantu keluarga untuk ROM pasif	<i>Yosep</i>			

123		Memberikan terapi injeksi sesuai advis dokter	<i>Yosep</i>			
	05.30	Inj. Ceftriaxone 500 mg				
	05.45	Inj. Lasix 1 amp	<i>Yosep</i>			
	06.00	Inj. Brainact 500 mg				
123		Dokter DPJP visite:				
		Amlodipin dinaikkan 10 mg 0-1-0	<i>Yosep</i>			
		Micardis 80 mg 1-0-0				
		Terapi dari dokter dian dilanjutkan				
		Membantu klien untuk mengubah posisi				
		Membantu keluarga klien untuk melakukan ROM pasif	<i>Yosep</i>			
123	Jumat,	Membantu melakukan masase pada daerah yang menonjol.		Sabtu	Diagnosa 1:	
	<u>27-09-2019</u>		<i>Yosep</i>	<u>28-09-2019</u>	S: -	
123	08.00	Mengecek penempatan selang enteral (NG Tube) sebelum pemberian makan	<i>Yosep</i>	08.00	O:	<i>Yosep</i>
123		Memberikan diit cair MLP @ 250 cc dan terapi oral “ketosteril 2 tab”			a. Klien terpasang alat bantu napas (masker non rebreathing 8 lpm)	
		Memantau tanda-tanda aspirasi selama proses pemberian makan: klien tidak tersedak	<i>Yosep</i>		b. Terdapat ronchi (+)	
					c. Terdapat pernapasan cuping hidung (+)	

123	08.30	Mengobservasi TTV TD: 170/90 mmHg, S: 36,1 ⁰ C, RR: 28x/mnt, N: 100x/mnt Ronchi (+), GCS 2X4, pupil isokor, sekret (+) Melakukan nebulizer dengan bisolvon Melakukan suction	<i>Yosep</i>		d. Terdapat pernapasan abdomen (+) e. Klien tampak batuk-batuk f. Nebulizer (+) g. Suction (+) h. RR: 28x/mnt A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 6	
123	09.00	Klien istirahat	<i>Yosep</i>		Diagnosa 2: S: - O:	
123	09.10	Membantu keluarga pasien untuk ROM pasif	<i>Yosep</i>			
123	09.30	Membantu melakukan masase pada daerah yang menonjol	<i>Yosep</i>			
123	12.00	Memberikan terapi injeksi sesuai advis dokter "Inj. Brainact 500 mg"	<i>Yosep</i>		a. GCS 2X3 b. Pupil isokor c. Tidak ada mual, muntah d. Hemiparese dekstra e. Hasil CT Scan: CVA infark, emboli meluas, ada edema di sekitar batang otak	<i>Yosep</i>
3	12.05	Memberikan diit dan terapi oral ketosteril 2 tab amplodipin 10 mg 1 tab bioquinon ubi Q			A: masalah belum teratasi	
	12.15	Mengobservasi TTV			P: lanjutkan intervensi 2,3, 4, 8, 9, 10	

	12.20	TD: 160/90 mmHg, S: 37,7 ⁰ C, RR: 28x/mnt, N: 92x/mnt Ronchi (+), GCS 2X4, pupil isokor, sekret (+) Melakukan nebulizer dengan bisolvon Melakukan suction	<i>Yosep</i>		Diagnosa 3: S: - O:	
123	12.35	Memberikan terapi injeksi sesuai advis dokter	<i>Yosep</i>		a. Semua ADL dibantu keluarga	
	12.45	Inj. Ceftriaxone 500 mg Inj. Lasix 1 amp			b. Tidak ada kontraktur	
	13.00	Klien istirahat			c. Keluarga tampak melakukan ROM pasif kepada klien	
123	15.00	Memberikan terapi injeksi sesuai advis dokter "Inj. Brainact 500 mg"			A: masalah belum teratasi	
	15.15	Memberikan diit dan terapi oral			P: lanjutkan intervensi 2, 3	
	16.00	ketosteril 2 tab micardis 80 mg 1 tab Mengobservasi TTV			Diagnosa 4:	
34		TD: 160/90 mmHg, S: 37,7 ⁰ C, RR: 28x/mnt, N: 92x/mnt	<i>Yosep</i>		S: -	
3	18.00	Ronchi (+), GCS 2X4, pupil isokor, sekret (+)			O:	
					a. Kulit kemerahan disekitar tulang yang menonjol	
					b. Braden scale 13	

4		Melakukan nebulizer dengan bisolvon Melakukan suction Membantu keluarga klien untuk ROM pasif	<i>Yosep</i>		A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi 2, 3,4, 5	<i>Yosep</i>
123	18.15	Memberikan terapi injeksi sesuai advis dokter				
123		Inj. Ceftriaxone 500 mg Inj. Lasix 1 amp Inj. Brainact 500 mg Dokter visite:	<i>Yosep</i>			
123	18.30	Ketosteril tab STOP karena pasien alergi	<i>Yosep</i>			
	18.45	Membantu klien untuk mengubah posisi	<i>Yosep</i>			
123	20.00	Membantu keluarga klien untuk melakukan ROM pasif	<i>Yosep</i>			
		Membantu melakukan masase pada daerah yang menonjol.	<i>Yosep</i>			
1	21.00	Mengecek penempatan selang enteral (NG Tube) sebelum pemberian makan	<i>Yosep</i>			
1	24.00	Memberikan diit cair MLP @ 250 cc dan terapi oral	<i>Yosep</i>			

3	05.00	Memantau tanda-tanda aspirasi selama proses pemberian makan: klien tidak tersedak				
4		Mengobservasi TTV	<i>Yosep</i>			<i>Yosep</i>
123	05.15	TD: 140/80 mmHg, S: 37,3 ⁰ C, RR: 24x/mnt, N: 88x/mnt	<i>Yosep</i>			
123		Ronchi (+), GCS 2X4, pupil isokor, sekret (+)				
		Melakukan nebulizer dengan bisolvon	<i>Yosep</i>			
		Melakukan suction				
	05.30	Klien istirahat	<i>Yosep</i>			
	05.45	Membantu keluarga pasien untuk ROM pasif				
	06.00	Membantu melakukan masase pada daerah yang menonjol	<i>Yosep</i>			
123	Minggu <u>29-09-2019</u>	Memberikan terapi injeksi sesuai advis dokter "Inj. Brainact 500 mg"	<i>Yosep</i>	Senin		Diagnosa 1: S: - O:
		Memberikan diit dan terapi oral		30-09-2019		
123	08.00	amplodipin 10 mg 1 tab bioquinon ubi Q	<i>Yosep</i>			a. Klien terpasang alat bantu napas (masker non rebreathing 8 lpm) b. Terdapat ronchi (+)

1		Mengobservasi TTV	<i>Yosep</i>		c. Terdapat pernapasan cuping hidung (+)	
123		TD: 120/80 mmHg, S: 36 ⁰ C, RR: 22x/mnt, N: 80x/mnt	<i>Yosep</i>		d. Terdapat pernapasan abdomen (+)	
		Ronchi (+), GCS 2X4, pupil isokor, sekret (+)	<i>Yosep</i>		e. Klien tampak batuk-batuk	<i>Yosep</i>
1		Melakukan nebulizer dengan bisolvon	<i>Yosep</i>		f. Nebulizer (+)	
2		Melakukan suction	<i>Yosep</i>		g. Suction (+)	
		Memberikan terapi injeksi sesuai advis dokter	<i>Yosep</i>		h. RR: 24x/mnt	
123		Inj. Ceftriaxone 500 mg	<i>Yosep</i>		A: masalah belum teratasi	
		Inj. Lasix 1 amp	<i>Yosep</i>		P: lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 6	
		Klien istirahat	<i>Yosep</i>		Diagnosa 2:	
		Memberikan terapi injeksi sesuai advis dokter “Inj. Brainact 500 mg”	<i>Yosep</i>		S: -	
123		Memberikan diit dan terapi oral	<i>Yosep</i>		O:	
		• micardis 80 mg 1 tab	<i>Yosep</i>		a. GCS 2X3	
		Mengobservasi TTV	<i>Yosep</i>		b. Pupil isokor	<i>Yosep</i>
		TD: 150/90 mmHg, S: 36,7 ⁰ C, RR: 24x/mnt, N: 92x/mnt			c. Tidak ada mual, muntah	
1		Ronchi (+), GCS 2X4, pupil isokor, sekret (+)			d. Hemiparese dekstra	
					e. Hasil CT Scan: CVA infark, emboli meluas, ada edema di sekitar batang otak	
					A: masalah belum teratasi	

					<p>a. Kulit kemerahan disekitar tulang yang menonjol</p> <p>b. Braden scale 13</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi 2, 3,4, 5</p>	
--	--	--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang interpretasi dari hasil studi kasus. Interpretasi hasil kajian dilakukan dengan membandingkan hasil analisis dan teori berdasarkan kasus dan kenyataan di lapangan. Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi diantara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis CVA Infark di ruang VII-B Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian Keperawatan

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

1. Identitas klien

Data yang ditemukan pada kasus ini yaitu CVA Infark yang terjadi pada laki-laki dengan usia 72 tahun (Tn. S). Laki-laki cenderung terkena CVA Infark sedangkan wanita lebih sering menderita perdarahan subarakhnoid (Junaedi, 2011). Pada orang yang berusia >50 tahun, penyumbatan atau penyempitan dapat disebabkan oleh aterosklerosis (Irfan, 2010). Menurut (Markam, 2010), dalam usia tersebut elastisitas pada pembuluh darah berkurang atau menghilang, menjadi keras dan terdapat ateromatosa pada dinding pembuluh sehingga dapat terjadi

penyempitan pembuluh darah atau bahkan tertutup sama sekali. Laki-laki yang berumur > 50 tahun menjadi faktor resiko utama terserang stroke. Hal ini disebabkan karena sebagian besar laki-laki adalah seorang perokok dan senang mengonsumsi kopi.

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Keluhan utama pada klien ini adalah penurunan kesadaran. Keluhan yang dirasakan pada klien berbeda-beda tergantung pada besar dan letak lesi di otak (Sudoyo et al., 2010). Keluhan yang paling sering dirasakan oleh pasien stroke adalah kelemahan pada anggota badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi sampai terjadinya penurunan tingkat kesadaran (Markam, 2010). Hal ini disebabkan karena emboli yang terjadi pada klien sudah meluas. Emboli yang terbentuk akan ikut ke dalam aliran darah dan akhirnya menyumbat arteri yang lebih kecil sehingga persediaan oksigen dan nutrisi yang dibawa sel-sel darah dan plasma terhalang yang dapat menyebabkan kematian jaringan disekitarnya sampai terjadi penurunan kesadaran (Junaedi, 2011): 19). Selain itu juga, penanganan yang terlambat terhadap klien stroke dapat menyebabkan memburuknya kondisi klien. Seperti pada Tn. S yaitu terjadi edema di batang otak yang ditunjukkan pada hasil CT Scan. Adanya penekanan di batang otak dapat menyebabkan terjadinya penurunan kesadaran secara bertahap karena batang otak berfungsi sebagai pusat kesadaran. Keluhan yang dirasakan oleh klien berbeda-beda tergantung cepat lambatnya penanganan.

b. Riwayat penyakit sekarang

Data yang ditemukan saat pengkajian pada tanggal 28 Agustus 2019 yaitu klien sudah tidak sadarkan diri dan klien mengalami kelumpuhan pada sebelah kanan tetapi sebelum masuk rumah sakit keluarga klien mengatakan bahwa ± 1 bulan yang lalu klien merasakan kesemutan pada jari-jari tangannya. Oleh keluarga, klien hanya dipijat saja, setelah itu klien merasa lebih baik. Selang 1 minggu kaki klien juga mengalami hal yang sama dan tindakan yang dilakukan keluarga sama seperti sewaktu jari-jari tangan mengalami kesemutan. Sebelum masuk Rumah Sakit klien tiba-tiba jalannya sempoyongan setelah dari kamar mandi. Oleh keluarga langsung dibawa ke Rumah Sakit. Di Rumah sakit klien di diagnosa CVA infark. CVA Infark biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, bangun tidur, atau dipagi hari. Hal ini dikarenakan sebelum terjadinya stroke dapat diawali oleh serangan TIA. TIA adalah serangan defisit neurologik yang mendadak dan singkat akibat iskemik otak fokal yang cenderung membaik dengan kecepatan dan tingkat penyembuhan bervariasi tetapi biasanya dalam 24 jam (Price, 2015). Oleh karena itu, perjalanan penyakit yang diderita oleh klien biasanya ditandai dengan adanya kelumpuhan pada salah satu anggota badan dan jika tidak ada penanganan yang lebih lanjut dapat menyebabkan menurunnya kesadaran sampai terjadinya kematian.

c. Riwayat penyakit dahulu

Klien mempunyai riwayat hipertensi sejak 2 tahun yang lalu. Klien mulai kontrol rutin pemeriksaan tekanan darah sejak 6 bulan yang lalu tetapi

klien tidak teratur minum obat. Klien juga senang minum kopi, setiap hari 1 cangkir kecil. Faktor-faktor resiko yang dapat menyebabkan CVA infark ada banyak yaitu hipertensi, diabetes melitus, stres, merokok, peminum alkohol, obesitas, aktifitas yang rendah, hiperkolesterol, minum kopi, pola makan (Junaedi, 2011): 21). Kafein yang terdapat di dalam kopi dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah yang biasanya disebut hipertensi. Hipertensi mempercepat pengerasan dinding pembuluh darah arteri dan mengakibatkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga mempercepat proses aterosklerosis (Junaedi, 2011): 80). Hipertensi, merokok dan minum kopi adalah sebagai faktor pencetus terjadinya stroke.

d. Riwayat penyakit keluarga

Keluarga klien mengatakan bahwa tidak ada riwayat penyakit stroke, hipertensi dan diabetes melitus hanya saja dari istri klien mempunyai riwayat asma. Biasanya ada riwayat keluarga yang hipertensi dan diabetes melitus atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu (Saragih, 2014). Hipertensi, diabetes melitus, riwayat jantung adalah faktor resiko yang dapat diubah tetapi bukan faktor utama terjadinya stroke. Hal ini dapat terjadi karena tidak harus dari keluarga mempunyai riwayat hipertensi dan diabetes melitus karena banyak faktor-faktor lain yang dapat menunjang terjadinya CVA infark seperti merokok, suka minum kopi dll.

3. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Keadaan umum klien tidak baik, kesadaran somnolen, GCS 3X6, tekanan darah 160/100 mmHg dan nadi 96 x/menit reguler, terdapat hemiparese dekstra, ptosis. Keadaan umum penderita CVA infark biasanya adanya serangan defisit neurologis fokal, berupa kelemahan atau kelumpuhan lengan salah satu sisi tubuh, kesemutan, mulut tidak simetris (mencong), kesulitan menelan, bicara pelo, tidak dapat berhitung, hilang kendali terhadap kandung kemih, hilangnya penglihatan, ptosis, pendengaran hilang, kehilangan keseimbangan bahkan sampai terjadi gangguan kesadaran, pingsan akhirnya tidak sadarkan diri (Junaedi, 2011):26). Hasil CT Scan klien ini adanya edema di batang otak yang dapat menyebabkan terjadinya penurunan kesadaran. Batang otak berfungsi sebagai pusat kesadaran. Keadaan umum pada klien dengan CVA infark berbeda-beda tergantung seberapa luas infark yang terjadi.

b. B 1 (*Breathing*)

Klien tampak batuk-batuk, terdapat sekret, terdapat suara napas tambahan (ronchi), terdapat pernapasan cuping hidung, terpasang alat bantu pernapasan nasal kanul 3 lpm, terdapat pernapasan abdomen, terdapat otot bantu napas dan klien ini sudah tirah baring lama. Pada klien dengan penurunan kesadaran dan tirah baring yang cukup lama dapat menyebabkan peningkatan produksi sputum dan bila infark tersebut mengenai pons dapat menyebabkan gangguan pada pernapasan karena pada bagian bawah pons berperan dalam pengaturan pernapasan (Price,

2015). Selain itu juga, klien yang tidak sadar dan tirah baring lama dapat menyebabkan retensi sputum dimana sekret yang ada di dalam paru-paru tidak bisa dikeluarkan secara langsung. Dengan adanya sekret dapat menyumbat saluran pernapasan yang menyebabkan klien sesak napas.

c. B 2 (*Blood*)

Klien tidak mengalami syok hipovolemik, $crt \leq 2$ detik, tekanan darah 160/100 mmHg, nadi 96x/menit. Pada system kardiovaskuler didapatkan renjatan (syok) hipovolemik yang sering terjadi pada klien stroke. TD biasanya terjadi peningkatan dan bisa terdapat adanya hipertensi TD $> 200\text{mmHg}$. Tidak semua klien stroke mengalami syok hipovolemik tergantung tingkat infark yang ada di otak.

d. B 3 (*Brain*)

Kesadaran klien semakin menurun (GCS 3X6/somnolen), dan pengkajian untuk semua nervus tidak dapat dilakukan karena klien tidak sadarkan diri. Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan yang paling membutuhkan pengkajian. Pada keadaan lanjut, tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Apabila klien sudah mengalami koma maka

penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan. Dan pemeriksaan nervus juga sangat penting dilakukan untuk mengetahui nervus berapa yang mengalami gangguan. Pemeriksaan nervus diharapkan klien dalam keadaan sadar, bila klien tidak sadar tidak dapat dilakukan pemeriksaan fisik nervus. Nervus I, biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman. Nervus II, pemeriksaan ketajaman penglihatan, lapang penglihatan dan funduskopi. Nervus III, IV, VI pemeriksaan celah kelopak mata dan gerakan bola mata. Nervus V mempersarafi wajah. Nervus VII mempersarafi wajah yang ditandai dengan wajah asimetris. Nervus VIII : untuk mengetahui sistem pendengaran dan keseimbangan klien. Nervus IX dan X : untuk mengetahui kemampuan menelan. Nervus XII : nervus hipoglossus adalah saraf motorik intrinsik dan ekstrinsik lidah, yaitu dengan cara menjulurkan lidah. Nervus IX dan X : untuk mengetahui kemampuan menelan kurang baik, kesukaran untuk membuka mulut. Pemeriksaan semua nervus pada klien stroke harus dalam keadaan sadar. Hal ini disebabkan karena jika klien tidak sadar pemeriksaan nervus tidak dapat dinilai.

e. B 4 (*Bladder*)

Klien tidak terpasang kateter hanya menggunakan pampers, frekuensi 2-3 x/hari ganti pampers, tidak ada distensi vesika urinaria. Pada klien stroke tidak didapatkan adanya gangguan pada lintasan ascenden saat menyalurkan impuls yang dicetuskan oleh ujung-ujung serabut aferen perifer akibat teregangnya otot destrusor (Mahar & Priguna, n.d.): 226).

Pada klien stroke tidak harus mengalami gangguan pada perkemihan tergantung lokasi infark yang terjadi.

f. B 5 (*Bowel*)

Klien terpasang NG Tube, mual muntah tidak dapat terkaji karena klien afasia dan tidak sadarkan diri. Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, dan muntah dapat terjadi pada fase akut (Junaedi, 2011). Pada fase akut gejala yang ditimbulkan oleh masing-masing klien berbeda-beda. Klien yang mengalami penurunan kesadaran beresiko tinggi terjadinya aspirasi. Oleh karena itu, klien terpasang NG Tube untuk memenuhi kebutuhan makanan setiap hari.

g. B 6 (*Bone*)

Kaki dan tangan klien sebelah kanan tidak dapat digerakan (lemah) kekuatan otot pada kaki kanan dan tangan kanan 0, sedangkan untuk tangan kiri dan kaki kiri kekuatan ototnya 4, tidak ada kontraktur, tidak ada flaxid dan tidak ada fraktur. Korpus striatum (nukleus kaudatus dan putamen) dianggap bertanggung jawab atas pengaturan pencetus dan penghambatan gerakan-gerakan tubuh bertujuan yang kasar, tetapi yang dilakukan tanpa disadari oleh orang normal. Bagian ini juga mengurus tonus otot, sehingga gerakan-gerakan tertentu dapat dilaksanakan secara cermat (Price, 2015): 1040). Pada klien ini kekuatan ototnya menurun. Hal ini dikarenakan adanya infark dibagian nucleus caudatus kiri-nucleus lentiformis kiri seperti ditunjukkan pada hasil CT Scan. Dengan adanya penurunan kekuatan otot, resiko untuk mengalami kontraktur sangat tinggi,

oleh karena itu dibutuhkan latihan rentang gerak (ROM) baik yang pasif maupun yang aktif.

h. Pola aktifitas dan latihan

Sebelum klien masuk rumah sakit, setiap pagi klien jalan-jalan pagi bersama istrinya tetapi selama masuk rumah sakit klien tidak bisa beraktifitas sama sekali. Aktifitas fisik secara teratur dapat menurunkan tekanan darah dan gula darah, meningkatkan kadar kolesterol HDL, dan menurunkan kolesterol LDL. Selain itu, hidup secara aktif membantu tubuh mengontrol berat badan serta mengurangi resiko serangan jantung dan stroke. Kegiatannya seperti berjalan kaki, jogging, berenang, senam aerobik, dan naik sepeda merupakan cara untuk hidup sehat(Junaedi, 2011): 76). Pada Tn.S tidak terdapat obesitas, sering beraktifitas tetapi masih saja terserang stroke. Penyebab stroke tidak hanya karena aktifitas yang kurang tetapi banyak sekali faktor resikonya diantaranya adalah merokok, minum kopi, dll.

i. Pola istirahat dan tidur

Klien tidak mengalami luka hanya kulit disekitar tulang yang menonjol terdapat kemerahan. Waktu istirahat klien tidak dapat dikaji karena klien mengalami penurunan kesadaran. Tidur yang terlalu lama karena lumpuh dapat mengakibatkan luka/lecet bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat berbaring, seperti pinggul, pantat, sendi kaku dan tumit. Untuk mencegah itu semua, klien akan sering dipindah dan digerakkan secara teratur (Junaedi, 2011). Hal ini disebabkan karena pada klien dengan tirah baring lama kulit disekitar tulang yang menonjol akan

tertekan, akibatnya suplai oksigen ke daerah perifer menjadi terhambat. Untuk mencegah agar tidak terjadi dekubitus yaitu dengan mengubah posisi sesering mungkin.

j. Pola nutrisi dan metabolik

Klien senang minum kopi 1 cangkir kecil setiap hari. Klien juga memiliki riwayat merokok tetapi 6 tahun terakhir klien sudah tidak merokok lagi. Kafein yang terdapat dalam kopi dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah. Peningkatan tekanan darah dapat mempercepat pengerasan dinding pembuluh darah arteri dan mengakibatkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga mempercepat proses aterosklerosis (Junaedi, 2011): 80). Hal inilah yang merupakan faktor resiko pembentukan plak pada saluran pembuluh darah. Merokok dan kopi merupakan faktor pencetus terjadinya stroke. Tetapi engan menjalani gaya hidup sehat dengan pola makan sehat, istirahat cukup, mengelola stres, tidak makan berlebihan dan yang tidak mengandung banyak lemak jenuh dapat mengurangi resiko terjadinya stroke.

4. Pemeriksaan diagnostik

Klien sudah dilakukan pemeriksaan CT Scan sebanyak 2 kali, hasil terakhir yang telah diperoleh adalah embolinya semakin meluas dan terdapat edema di bagian batang otak. Klien juga dilakukan pemeriksaan EKG hasil yang telah diperoleh adalah normal. Dilakukan photo thorak, hasilnya terdapat cairan di bagian bawah. Kemudian dilakukan pemeriksaan darah antara lain BUN 56,5 mg/dl dan kreatinin 4,09 mg/dl meningkat. Pemeriksaan diagnostik yang diperlukan dalam membantu menegakkan diagnosis klien stroke meliputi

Angiografi Serebri, Lumbal Pungsi, CT Scan, Magnetic Imaging Resonance (MRI), USG Doppler, pemeriksaan kimia darah dan pemeriksaan darah lengkap. Pada kasus ini pemeriksaan diagnostik yang dilakukan klien adalah CT Scan dan pemeriksaan darah lengkap. Tidak dilakukan pemeriksaan seperti MRI, USG Doppler karena dengan pemeriksaan ini sudah membuktikan adanya jaringan otak yang infark (Junaedi, 2011): 46). Hal ini disebabkan karena hanya dengan melakukan CT Scan dapat mengetahui bagian otak mana yang mengalami infark dan dengan pemeriksaan darah dapat mengetahui terapi yang tepat untuk klien. Selain itu, terlambatnya penanganan pada fase akut. 1 hari sebelum pengkajian klien diberikan terapi manitol. Manitol banyak sekali fungsinya salah satunya adalah untuk menurunkan viskositas darah dengan mengurangi hematokrit, yang penting untuk mengurangi tahanan pada pembuluh darah otak dan meningkatkan aliran darah otak. Manitol menjadi kontraindikasi pada klien-klien dengan gangguan ginjal karena manitol adalah larutan hiperosmolar yang digunakan untuk terapi meningkatkan osmolalitas serum (Batubara, 2013). Tetapi terlalu seringnya pemberian manitol dosis tinggi bisa menimbulkan gagal ginjal. Hal ini dikarenakan efek osmolalitas yang segera merangsang aktifitas tubulus dalam mensekresi urine dan dapat menurunkan sirkulasi ginjal. Mengingat manitol mempunyai efek samping dan toksisitas maka pemberiannya harus dimonitor dengan ketat dan respon yang ditimbulkan selama pemberian manitol.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan keluhan yang dialami klien karena

penulis menghadapi klien secara langsung. Diagnosa keperawatan yang dapat diambil adalah:

1. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Benda Asing di Jalan Nafas (Cairan di Paru-paru) (SDKI , 2016)

Diagnosa ini menjadi prioritas masalah dikarenakan pada Tn.S terdapat sekret yang berlebih, terdapat suara ronchi, terpasang alat bantu napas nasal kanul 3 lpm, terdapat pernapasan cuping hidung, terdapat pernapasan abdomen. Yang ditunjang dengan hasil photo thorak yaitu terdapat cairan di bagian bawah paru. Sekret dan cairan ini akan menumpuk di saluran pernapasan. Jika hal ini secara terus menerus terjadi akan menyebabkan sumbatan jalan napas dan bahkan sampai menyebabkan kematian.

2. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Cerebral (Stroke Iskemik) (SDKI , 2016).

Diagnosa ini diangkat karena klien mengalami penurunan kesadaran yaitu kesadarannya somnolen, GCS 3X6, terdapat hemiparese dekstra, hasil CT Scan menunjukkan emboli semakin meluas dan terdapat edema di batang otak. Batang otak mempunyai peranan yang sangat penting, diantaranya adalah pusat pernapasan, pusat kesadaran, pusat pengaturan suhu, dll. Jika edema ini terjadi secara terus menerus akan menekan batang otak dan daerah disekitarnya. Seperti halnya yang telah dialami oleh klien ini, yakni klien mengalami penurunan kesadaran. Selain itu, klien juga akan mengalami penurunan reflek batuk, sesak dan panas karena sudah mengenai hipotalamus. Bila tidak ada penanganan lebih lanjut maka akan

menyebabkan kecacatan sampai terjadi kematian karena banyaknya infark yang terdapat di otak.

3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (SDKI , 2016).

Diagnosa ini diangkat karena klien mengalami hemiparese dekstra, kekuatan ototnya pun melemah. gangguan mobilitas fisik ini adalah salah satu akibat dari penyakit CVA Infark sehingga beresiko terjadinya kontraktur. Untuk mencegah agar tidak terjadi kontraktur yaitu diberikan ROM pasif. Selain itu, mengubah posisi tiap 2 jam sekali.

4. Resiko Gangguan Integritas Kulit (SDKI , 2016).

Diagnosa ini diangkat karena klien mengalami penurunan kesadaran dan tirah baring lama. Kulit yang ada di sekitar terlihat kemerahan. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya luka karena adanya penekanan pada kulit disekitar tulang yang menonjol sehingga menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi ke daerah perifer. Jika hal ini terjadi secara terus menerus dan tanpa ada tindakan apapun akan menyebabkan terjadinya dekubitus.

Ada beberapa diagnosa yang tidak dapat diambil diantaranya adalah:

1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskular.

2. Inkontinensia urine berhubungan dengan ketidakmampuan merasakan kebutuhan untuk berkemih akibat disfungsi neurologis.

Hal ini dikarenakan manusia itu adalah makhluk bio-psiko-osio yang unik sehingga terdapat ketidaksesuaian antara teori dan praktek di lapangan.

Yang penulis temukan pada klien Tn. S lima diagnosa dan dua diagnosa lainnya tidak muncul.

4.2 Perencanaan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan disusun sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan (Misbach, 2011). Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan klien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (Kognitif), ketrampilan mengenai masalah (Psikomotor) dan perubahan tingkah laku klien (Afektif).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan klien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing – masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

1. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Benda Asing di Jalan Nafas (Cairan di Paru-paru) (SDKI , 2016)

Pada masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat, dengan kriteria hasil:ronkhi menurun dispnea menurunbatuk efektif pasien meningkat. Adapun intervensi yang digunakan untuk mencapai tujuan ini

adalah : (a) monitoring tanda-tanda vital terutama *respiratory rate*. Peningkatan RR merupakan salah satu tanda kompensasi paru untuk memenuhi kebutuhan oksigen. (b) Mengecek adanya suara napas tambahan, seperti ronchi. Ronchi adalah salah satu tanda adanya penumpukan sekret yang ada di dalam paru-paru. Jika sekret ini semakin banyak dapat menyumbat saluran pernapasan sampai menyebabkan kematian. (c) mengurangi secret dengan cara melakukan suction. Suction digunakan untuk mengambil secret pada pasien terutama pasien yang tidak mampu batuk efektif. (d) Memberikan hasil kolaborasi dengan dokter nebulizer dengan bisolvon yang bertujuan untuk mengencerkan sekret. (SIKI, 2018)

2. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Cerebral (Stroke Iskemik) (SDKI , 2016).

Pada masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan Kapasitas Adaptif Intrakranial Meningkat dengan kriteria hasil : nyeri kepala menurun kesadaran meningkat, gcs meningkat mual muntah menurun respon pupil membaik. Beberapa intervensi untuk dapat mencapai tujuan tersebut diantaranya (a) dengan melakukan tindakan monitoring tanda - tanda vital. Peningkatan atau penurunan tekanan darah secara signifikan dapat mengganggu keseimbangan di otak dan mengurangi tekanan perfusi. (b) Mengobservasi keadaan neurologis minimal tiap pergantian shift jaga. Hal ini dilakukan untuk mengetahui lokasi dan kemajuan/resolusi kerusakan SSP. (c) Memberikan obat antihipertensi (perdipin syring pump) sesuai advise dokter. Hipertensi yang lama dapat menyebabkan pengerasan dinding pembuluh darah arteri sehingga mempercepat proses aterosklerosis. (d) Memberikan posisi head up 30⁰, untuk menurunkan tekanan

arteri dan meningkatkan drainase serta meningkatkan sirkulasi / perfusi cerebral. Selain itu untuk mencegah terjadinya peningkatan tekanan intrakranial (www.thamburaj.com, 2006). Intervensi ini merupakan terapi keperawatan berdasarkan teori keperawatan Florence Nightingale (Modern Nursing), karena dalam teori ini bertujuan memberikan kondisi alamiah yang baik bagi pasien sehingga dapat mengatasi masalah. Dalam terapi tersebut kita kembali pada hukum gravitasi bumi dimana cairan akan mengalir dari daerah yang tinggi ke rendah sehingga tidak terjadi peningkatan tekanan intrakranial dan kebutuhan akan oksigen pasien terpenuhi (SIKI , 2018)

3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (SDKI , 2016).

Pada masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil:pergerakan ekstermitas meningkat kontraktur menurun. Bberapa intervensi yang dapat dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut diantaranya adalah (a) Melakukan tindakan ROM aktif maupun pasif untuk mengurangi atrofi pada otot. (b) Mengajarkan kepada keluarga ROM pasif agar keluarga tidak tergantung kepada perawat dan dapat secara mandiri melakukannya jika sudah perawatan di rumah, (c) Mengubah posisi setiap 2 jam sekali agar tidak terjadi kontraktur. (d) Berkoaborasi dengan fisiotherapi untuk dilakukannya Tindakan fisioterapi agar mengurangi kontraktur pada pasien (SIKI , 2018).

4. Resiko Gangguan Integritas Kulit (SDKI , 2016)

Pada masalah keperawatan resiko kerusakan integritas kulit Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan integritas kulit meningkat

dengan kriteria hasil: Kemerahan menurun Elastisitas kulit meningkat. Intervensi yang dilakukan untuk tujuan tersebut adalah (a) Kerusakan lapisan kulit menurun dengan melakukan tindakan mengubah posisi tiap 2 jam sekali, (b) melakukan masase pada bagian tulang yang menonjol. Hal ini dikarenakan agar oksigen ke perifer agar tetap tersuplai dengan baik. Jika terjadi penekanan secara terus menerus akan menyebabkan decubitus, (c) memberikan minyak zaitun pada bagian bawah pasien untuk mengurangi gesekan yang menyebabkan luka (SIKI, 2018).

4.3 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan klien yang sebenarnya.

Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal – hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : Adanya kerjasama yang baik antara perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Pelaksanaan pada klien dengan diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif pada hari pertama (24-09-2019) adalah melakukan pendekatan terhadap klien dan keluarga atau membina hubungan saling peraya yaitu dengan mengucapkan salam, memperkenalkan diri kepada keluarga dan klien. Selain itu, mengobservasi RR, kemudian memberikan oksigen nasal kanul 3 lpm, mengecek adanya suara napas tambahan, terdapat suara ronchi, memberikan nebulizer dengan bisolvon serta melakukan suction. Pada hari ketiga (27-09-2019) tindakan yang dilakukan sama dengan hari pertama yaitu mengobservasi RR, mengecek adanya suara napas tambahan (suara ronchi), memberikan nebulizer dan suction. Untuk pemberian alat bantu napas diganti dengan masker non rebreathing 8 lpm karena klien semakin sesak. 3 hari berikutnya tepatnya pada tanggal 27-09-2019, tindakan yang berikan sama saja tetapi klien semakin mengalami penurunan kesadaran. Hal ini dikarenakan adanya edema di batang otak yang menekan sistem pusat pernapasan. Selain menekan pusat pernapasan, juga menekan reflek batuk. Oleh karena itu, klien tidak diberikan posisi semi fowler karena akan semakin menekan batang otak

1. Pelaksanaan pada klien dengan penurunan kapasitas adaptif intrakranial pada hari pertama (24-09-2019) adalah memonitoring tanda-tanda vital, mengobservasi neurologis klien minimal tiap pergantian shift, memberikan injeksi brainact 500 mg, injeksi ceftriaxone 1 gr, injeksi lasik 1 amp, memberikan obat oral micardis 80 mg, ketosteril 2 tab, amlodipin 5 mg, memberikan posisi head up 30°. Pada hari ketiga (31-08-2019) tindakan yang dilakukan sama halnya dengan hari pertama hanya saja ada beberapa terapi yang dihentikan seperti perdidipin syringe pump karena tekanan darah klien stabil < 180 mmHg, ketosteril tab di

stop karena klien alergi. Tiga hari berikutnya tepatnya pada tanggal 03-09-2019, tindakan yang diberikan sama saja, tetapi ada tambahan terapi yang diberikan seperti injeksi dexametason, interhistin tab, injeksi ranitidin yang berfungsi untuk mengurangi ulserasi peptik. Posisi head up 30° ini diberikan dari awal masuk sampai klien dilakukan perawatan selama 2 minggu, ternyata tidak efektif untuk klien. Hal ini dikarenakan posisi yang telah diberikan semakin menekan batang otak, dimana batang otak adalah pusat kesadaran, pusat respirasi, pusat kardiovaskuler, dll. Sedangkan pada kasus ini klien mengalami edema di batang otak. Sebaiknya, pada kasus-kasus yang seperti ini diberikan posisi telentang atau maksimal head up 10° untuk mengurangi edema. Didalam batang otak juga terdapat hipotalamus yang mengontrol pusat suhu tubuh. Oleh karena itu, klien muncul masalah baru yaitu hipertermi. Pada masalah hipertermi penulis melakukan kompres air biasa di daerah ketiak, karena di daerah ketiak banyak sekali pembuluh darah. Kemudian menganjurkan untuk memakai pakaian yang dapat menyerap keringat dan memberikan obat antipiretik (pamol 1 tab) sesuai anjuran dokter untuk menurunkan panas.

2. Pelaksanaan pada klien dengan hambatan mobilitas fisik pada hari pertama (24-09-2019) sampai hari terakhir adalah memberikan dan mengajarkan kepada keluarga latihan ROM pasif supaya tidak terjadi kontraktur, atrofi pada otot maupun flaxid. Tindakan ini dilakukan setiap hari sesuai dengan jadwal yang telah dibuat.

3. Pelaksanaan pada klien dengan resiko kerusakan integritas kulit pada hari pertama (24-09-2019) sampai hari terakhir yaitu mengubah posisi miring kanan kiri dan telentang tiap 2 jam sekali dan memberikan masase di bagian tulang yang

menonjol. Hal ini dilakukan untuk mencegah terjadinya dekubitus. Dalam kenyataannya mengubah posisi tiap 2 jam sekali tidak dapat diterapkan karena pada malam hari keluarga klien istirahat. Jadi untuk meminimalkan resiko luka tekan klien khusus untuk malam hari minimal tiap 4 jam sekali untuk mengubah posisi.

4. Pelaksanaan Pada pasien dengan diagnose Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif diantaranya adalah mengobservasi *respiratory rate* setiap 4 jam digunakan untuk mendeteksi tanda awal bahaya. mengauskultasi bunyi napas. mencatat adanya bunyi napas tambahan seperti ronchi, mengi, krekels. Mengobservasi derajat spasme bronkus terjadi dengan obstruksi jalan napas bantu klien untuk mengubah posisi, batuk, dan bernafas dalam setiap 2 sampai 4 jam berikan hasil tindakan kolaboratif: pemberian nebulizer (bisovon) dan suction. untuk membantu mengeluarkan sekresi dan mempertahankan patensi jalan nafas.

4.4 Evaluasi Keperawatan

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan klien dan masalahnya secara langsung.

Dalam evaluasi ini penulis melakukan evaluasi pada tiap keesokan harinya dengan mengkaji ulang kondisi yang dialami klien. Penilaian hasil evaluasi akhir asuhan keperawatan yang didasarkan pada perubahan atau perbaikan keadaan tidak sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tinjauan pustaka (SLKI, 2018), diantaranya adalah :

1. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Terdapat Cairan di Jalan Nafas

Pada waktu dilaksanakannya evaluasi bersihan jalan nafas tidak efektif. hasil yang didapat oleh penulis adalah kesadaran klien semakin menurun yang sehingga menyebabkan peningkatan produksi sekret dan peningkatan ronchi. Pasien tidak mampu batuk efektif, frekuensi nafas juga tidak mengalami perbaikan dan pasien terpasang oksigen NRM 8 liter/menit.

2. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Cerebri (CVA Infark)

Pada diagnosa kedua penurunan kapasitas adaptif intracranial hasil yang didapatkan oleh penulis adalah kesadaran pasien belum mengalami perbaikan, pasien masih dalam keadaan coma, reflek neuorolis tidak ada, respon pupil juga menurun.

3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular

Pada diagnose ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik penulis menemukan belum adanya perbaikan dari mobilitas fisik pasien, kekuatan otot masih lemah dengan nilai 1111 di ektermitas atas dan bawah sebelah kanan, namun keluarga sudah mampu memeberikan rom pasif kepada pasien,

4. Resiko kerusakan Integritas Jaringan

Pada diagnose keperawatan yang ke empat penulis menemukan kemerahan menurun, kulit bawah elastis dan tidak kering, keluarga sering memiringkan pasien atau merubah posisi pasien setiap 2 jam sekali

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus CVA Infark di pavillium VII B RSPAL dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien CVA Infark.

5.1 Simpulan

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

1. Pengkajian pada klien CVA infark, CVA infark biasanya terjadi pada laki-laki diatas usia > 50 tahun. Keluhan yang dialami berbeda-beda tergantung seberapa luas lesi dan infarknya. Pada klien ini terjadi penurunan kesadaran, terdapat ronchi, terdapat pernapasan cuping hidung, terdapat pernapasan abdomen, terdapat otot bantu napas dan terdapat hemiparese dekstra. Berdasarkan hasil CT Scan hal ini disebabkan karena terdapat emboli yang meluas dan terdapat edema di batang otak. Batang otak berfungsi sebagai pusat kesadaran dan pusat sistem pernapasan.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul dari kasus yang telah dibahas diantaranya adalah bersihan jalan napas tidak efektif, gangguan perfusi serebral, gangguan mobilitas fisik, resiko gangguan integritas kulit.

3. Rencana keperawatan pada Pasien disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan bersihan jalan nafas meningkat, kemampuan adaptif intracranial meningkat, mobilitas fisik pasien meningkat dan integritas jaringan kulit pasien meningkat.
4. Tindakan keperawatan pada Pasien dilakukan dengan memberikan posisi 15 derajat untuk mengurangi edema, kolaborasi pemberian nebulizer, melakukan suction, melakukan ROM pasif dan merubah posisi pasien setiap 2 jam sekali..
5. Pada akhir evaluasi tanggal 31 September 2019, masalah keperawatan bersihan jalan nafas, penurunan kapasitas adaptif intracranial, gangguan mobilitas fisik dan resiko kerusakan integritas jaringan belum sepenuhnya teratasi sampai peneliti selesai melakukan penelitian.

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

5.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.

Diharapkan hasil penelitian dapat digunakan untuk menunjang pelayanan yang maksimal di rumah sakit sehingga rumah sakit memberikan peningkatan kualitas seperti pelaksanaan seminar, studi kasus, dan pelatihan untuk menunjang kualitas rumah sakit.

5.2.2 Bagi Peneliti.

Hasil dari penelitian ini hendaknya dapat meningkatkan minat dan motivasi peneliti untuk dapat mengembangkan ilmu keperawatan sehingga dapat semakin bermanfaat di masyarakat.

5.2.3 Bagi Profesi Kesehatan

Hasil dari penelitian ini hendaknya dapat dijadikan motivasi untuk mengembangkan penelitian dan peningkatan Kesehatan untuk masyarakat Indoensia

DAFTAR PUSTAKA

- Batticaca, Fransisca B. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Persyarafan*. Jakarta: Selemba Medika.
- Brunner & Sudarth. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal bedah Volume Tiga*. Jakarta: EGC.
- Dewi, Ratna. (2011). *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Harsono. (2005). *Buku Ajar Neurologi Klinik*. Yogyakarta : Gajah Mada University Press
- <http://eastthomas.blogspot.com/2010/10/sistem-otonom-ini-dibagi-menjadi-sistem.html> diambil tanggal 04-09-2019 / 21:38)
- <http://supersuga.wordpress.com/2008/03/26/anatomi-otak/> diambil tanggal 04-09-2019 / 21:33)
- <http://www.britannica.com/EBchecked/media/46720/The-cranial-nerves-and-their-areas-of-innervation> diambil tanggal 04-08-2019 / 21: 36)
- Irfan, Muhammad. (2010). *Fisioterapi Bagi Insan Stroke*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Junaidi, Dr. Iskandar.(2011). *Stroke Waspadaai ancamannya*. Yogyakarta: ANDI
- Mahar & Priguna, Prof. Dr. (2010). *Neurologi Klinis Dasar*. Jakarta: PT. Dian Rakyat
- Mansjoer, A.,Suprohaita, Wardhani WI,& Setiowulan, (2004). *Kapita Selekta Kedokteran edisi ketiga jilid 2*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Markam, Prof. Dr. Soemarmo. (2008). *Penuntun Neurologi*. Jakarta: Binarupa Aksara
- Markam, Soemarmo. (2010). *Pengantar Neuro-psikologi Edisi Kedua*. Jakarta: Balai penerbit FKUI
- Potter & Perry. (2006). *Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik Edisi 4 vol 1*. Jakarta: EGC
- Price, S.A & Wilson. L.M. (2006). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi 6 vol 2*. Jakarta: EGC
- Syaifuddin. 2009. *Anatomi Fisiologi Untuk Mahasiswa Keperawatan Edisi ke tiga*. Jakarta: EGC.

Taylor, Cynthia M., & Ralph, Sheila Sparks. 2010. *Diagnosis Keperawatan Dengan Rencana Asuhan*. Jakarta: EGC.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta : DPP PPNI

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2016. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta : DPP PPNI

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2016. Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta : DPP PPNI

Wilkinson, Judith M. (2006). *Buku Diagnosis keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC*. Jakarta: EGC