

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN Ny. S DENGAN DIAGNOSIS MEDIS
CVA INFARK DI RUANG MIRAH RS PHC SURABAYA**



OLEH:

ASMAUL HUSNA, S.Kep.

NIM. 1930011

**PRODI PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2019**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN Ny. S DENGAN DIAGNOSIS MEDIS
CVA INFARK DI RUANG MIRAH RS PHC SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



OLEH:

ASMAUL HUSNA, S.Kep.
NIM. 1930011

**PRODI PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2019**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

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

Surabaya, 23 Juli 2020
Penulis



Asmaul Husna, S.Kep
NIM. 1930011

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Asmaul Husna, S.Kep

NIM : 1930011

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Ny. S dengan Diagnosis Medis
CVA Infark di Ruang Mirah RS PHC Surabaya

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

NERS (Ns.)

Surabaya, 23 Juli 2020

Pembimbing ,



Nisha Dharmayanti R, S.Kep.,Ns.,M.Si
NIP. 03045

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Asmaul Husna, S.Kep

Nim : 1930011

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Ny. S dengan Diagnosis Medis CVA Infark
di Ruang Mirah RS PHC Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya ilmiah akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Profesi Ners Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : **Christina Yulastuti, S.Kep.Ns.M.Kep**
NIP.03017



Penguji II: **Nisha Dharmayanti R, S.Kep.,Ns.,M.Si**
NIP.03045



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



Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 03020

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 23 Juli 2020

KATA PENGANTAR

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

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

1. dr. Pudji Djanuartono, M.Kes, selaku Kepala RS PHC Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Ibu Wiwiek Liestyningrum, S.Kp., M.Kep., selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan profesi ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Nisha Dharmayanti R, S.Kep.,Ns.,M.Si , selaku Pembimbing yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Ibu Rissa Ulfah P, S.Kep., Ns., selaku Pembimbing Ruangan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dan penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya 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 hingga Karya Akhir Ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, 23 Juli 2020

Penulis

DAFTAR ISI

COVER LUAR	i
COVER DALAM	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat	6
1.5 Metode Penulisan.....	7
1.6 Sistematika Penulisan	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep CVA Infark	9
2.1.1 Anatomi fisiologi Otak.....	9
2.1.2 Definisi CVA Infark.....	16
2.1.3 Klasifikasi CVA Infark	16
2.1.4 Etiologi CVA Infark.....	17
2.1.5 Patofisiologi CVA Infark	18
2.1.6 Manifestasi Klinis CVA Infark	20
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang CVA Infark	21
2.1.8 Penatalaksanaan CVA Infark	23
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan CVA Infark.....	25
2.2.1 Pengkajian	25
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	29

2.2.3	Intervensi Keperawatan	30
2.2.4	Implementasi Keperawatan	33
2.2.5	Evaluasi Keperawatan	34
2.3	Kerangka Asuhan Keperawatan.....	35
BAB 3	TINJAUAN KASUS	36
3.1	Pengkajian.....	36
3.1.1	Data Dasar	36
3.1.2	Pemeriksaan Fisik	38
3.1.3	Pemeriksaan penunjang.....	43
3.2	Analisa Data	45
3.3	Intervensi Keperawatan.....	47
3.4	Implementasi dan Evaluasi	50
BAB 4	PEMBAHASAN	59
4.1	Pengkajian.....	59
4.1.1	Identitas	59
4.1.2	Riwayat sakit dan kesehatan	61
4.1.3	Pemeriksaan fisik	64
4.2	Diagnosa Keperawatan	75
4.3	Intervensi.....	77
4.4	Implementasi.....	82
4.5	Evaluasi.....	84
BAB 5	PENUTUP	89
5.1	Kesimpulan	89
5.2	Saran	91
DAFTAR PUSTAKA	92
LAMPIRAN	95

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Hasil Laboratorium pada Ny. S dengan Diagnosa Medis CVA Infark pada Tanggal 15 Juli 2020.....	43
Tabel 3. 2 Pemberian Terapi Medis pada Ny. S dengan Diagnosa Medis CVA Infark pada Tanggal 15 Juli 2020.....	44
Tabel 3. 3 Analisa Data pada Ny. S dengan Diagnosa Medis CVA Infark pada Tanggal 15 Juli 2020	45
Tabel 3. 4 Intervensi Keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Medis CVA Infark pada Tanggal 15 Juli 2020.....	47
Tabel 3. 5 Implementasi dan Evaluasi pada Ny. S dengan Diagnosa Medis CVA Infark Tanggal 15 – 19 Juli 2020	50

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Otak (Sumber: Untari, 2012).....	9
Gambar 2. 2 Lapisan Otak (Sumber: Untari, 2012).....	11
Gambar 2. 3 Bagian-bagian Otak (Sumber: Sridianti, 2016).....	13

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Mobilisasi Miring Kanan dan Miring Kiri.....	97
Lampiran 2 SOP <i>Range of Motion</i> (ROM)	99
Lampiran 3 Pengukuran Skala Risiko Jatuh (<i>Morse Fall Scale</i>).....	101

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke adalah suatu sindrom klinis yang ditandai oleh kehilangan fungsi otak fokal akut (kadang global) yang berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian (dini), yang disebabkan baik oleh perdarahan spontan atau suplai darah yang tidak adekuatnya ke suatu bagian otak sebagai akibat aliran darah yang rendah, trombosis, dan emboli yang berhubungan dengan suatu penyakit pembuluh darah, jantung atau darah (stroke iskemik atau infark serebri) (Wibhisono, 2016). Stroke merupakan cedera vesikuler serebral (CVS) atau serangan otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah pada otak (iskemik) atau pecahnya pembuluh darah otak (hemoragik). Stroke merupakan penyebab kematian ketiga setelah penyakit jantung dan kanker (Laily, 2017).

Penyumbatan pembuluh darah atau pecahnya pembuluh darah merupakan penyebab terjadinya stroke, jika terjadi stroke maka aliran darah ke serebral menjadi tidak adekuat atau terganggu. hal ini dapat mengakibatkan ketidakseimbangan suplai oksigen di otak, dan metabolisme dalam otak akan mengalami gangguan. Jika masalah ini tidak segera ditangani maka otak yang tidak dialiri darah yang mengangkut oksigen maka dapat mengakibatkan hipoksia jaringan, dan metabolisme dalam otak juga terganggu yang dapat menimbulkan perubahan pada fungsi otak yang terkena. Individu yang beresiko mengalami stroke adalah diabetes, hiperkolesterolemia, lansia dengan hipertensi, atau penyakit jantung (Nastiti, 2012).

Data WHO (*World Health Organization*) menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke, dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke (Kemenkes RI, 2019). Insidensi stroke di Asia umumnya lebih tinggi dibandingkan dengan Amerika Serikat dan juga lebih banyak terjadi pada negara Eropa bagian timur dibandingkan bagian barat. Prevalensi di Indonesia mencapai 8,3 dari 1000 populasi. (Iqbal, Frida, & Yaswir, 2014). Riset kesehatan dasar tahun 2013 didapatkan prevalensi stroke di Indonesia sebesar 7 per mil dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Prevalensi penyakit stroke pada kelompok yang telah didiagnosis meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada umur ≥ 75 tahun (43,1% dan 67,0%) (Wibhisono, 2016) . Angka prevalensi ini meningkat dengan meningkatnya usia. Data nasional Indonesia menunjukkan bahwa stroke merupakan penyebab kematian tertinggi, yaitu 15,4. Didapatkan sekitar 750.000 insiden stroke per tahun di Indonesia, dan 200.000 diantaranya merupakan stroke berulang (Kemenkes RI, 2019). Laporan Riskesdas tahun 2018, prevalensi stroke pada Provinsi Jawa Timur sebanyak 12,4 % di Rumah Sakit Jember pada tahun 2016 pasien stroke iskemik berjumlah 404 pasien dengan mortalitas berjumlah 195 pasien (Kemenkes RI, 2018).

Stroke adalah gejala-gejala defisit fungsi susunan saraf yang diakibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak. Stroke terjadi secara tiba-tiba akibat serangan pada otak yang dapat mengakibatkan kematian atau kelumpuhan sebelah bagian tubuh. Secara sederhana, stroke terjadi jika aliran darah ke otak terputus. Otak kita sangat tergantung pada pasokan darah yang berkesinambungan, yang dialirkan oleh arteri (pembuluh nadi). Apabila pasokan

terhenti karena pembekuan darah (*ischemic stroke*) atau pecahnya pembuluh darah (*haemorrhagic stroke*), akan menyebabkan kerusakan pada otak yang tidak dapat diperbaiki. Akibatnya, fungsi kontrol bagian tubuh yang terkena stroke akan mengalami gangguan dan dapat mengakibatkan kematian (Sary, 2016).

Stroke yaitu berupa sindrom yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak (GPDO) yang disebabkan baik oleh perdarahan spontan atau suplai darah yang tidak adekuatnya ke suatu bagian otak sebagai akibat aliran darah yang rendah, trombosis, dan emboli yang berhubungan dengan suatu penyakit pembuluh darah, jantung atau darah (stroke iskemik atau infark serebri) dengan awitan akut, disertai manifestasi klinis berupa defisit neurologis dan bukan sebagai akibat tumor, trauma, ataupun infeksi susunan saraf pusat. Stroke dapat dibagi menjadi dua, yaitu stroke non hemoragik dan stroke hemoragik. Sebagian besar (80%) disebabkan oleh stroke non hemoragik (Hafsari, Neylan, & Zanariah, 2018).

Stroke non hemoragik atau stroke iskemik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak (Hafsari et al., 2018). Banyak faktor yang bisa mempengaruhi kejadian stroke, diantaranya usia, jenis kelamin, keturunan, ras, hipertensi, hiperkolesterolemia, diabetes melitus, merokok, aterosklerosis, penyakit jantung, obesitas, konsumsi alkohol, stres, kondisi sosial ekonomi yang mendukung, diet yang tidak baik (Laily, 2017). Faktor risiko

seseorang terserang penyakit stroke ada dua. Pertama adalah faktor risiko yang tidak dapat diubah, terdiri dari : faktor keturunan, jenis kelamin, umur dan ras (Wardhana, 2011). Kedua adalah faktor risiko yang dapat diubah, terdiri dari : hipertensi, merokok, diabetes melitus (DM), obesitas, konsumsi alkohol, faktor gaya hidup, aktivitas fisik rendah, stres, dan pil KB (Kontrasepsi Oral) (Mutiarasari, 2019).

Berdasarkan kondisi tersebut, perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan diharapkan dapat terus mengembangkan keterampilannya untuk menangani kasus ini sesuai dengan ilmu yang dimiliki untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas. Peranan perawat dalam melakukan pelayanan kesehatan di rumah sakit sering dijadikan ukuran oleh pelanggan rumah sakit tersebut sebagai gambaran pelayanan rumah sakit secara keseluruhan. Perawat dapat memberikan intervensi terhadap penderita CVA Infark sesuai dengan kebutuhannya yang meliputi observasi, mandiri, dan edukasi. Observasi yang dapat dilakukan perawat berfokus pada tanda gejala peningkatan TIK antara lain peningkatan tekanan darah, bradikardi, respirasi irreguler (*triad cushing*). Tindakan mandiri yang dapat dilakukan perawat antara lain perawat dapat mengarkan latihan ROM pada pasien untuk mencegah terjadinya atrofi pada otot. Pada poin edukasi sangat penting dilakukan karena sebagian faktor risiko yang menyebabkan stroke dapat diubah. Perawat berperan penting dalam memberikan edukasi terkait faktor risiko stroke yang dapat diubah untuk mengurangi angka kejadian stroke. Asuhan keperawatan adalah bagaimana cara perawat memenuhi kebutuhan dasar manusia untuk pasien sehingga komunikasi terapeutik menjadi poin penting

dalam pelaksanaannya. Berdasarkan latar belakang dan data diatas, maka diperlukan untuk melakukan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimana asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Mirah RS PHC Surabaya?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian Ny. S dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.
5. Mengevaluasi Ny. S dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.

1.4 Manfaat

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

1. Akademisi

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.

Dari segi praktisi , tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi :

a. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan CVA Infark.

b. Bagi Penulis

Hasil penulisan ini dapat menjadi rujukan bagi penulis selanjutnya yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan dengan diagnosa medis CVA Infark dengan baik.

c. Bagi Profesi Kesehatan

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam studi kasus yaitu pendekatan pada objek tertentu yang diangkat sebagai kasus untuk dikaji secara mendalam.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data didapatkan melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain sebagai narasumber.

b. Observasi

Data yang diambil dengan baik berdasarkan reaksi, respon pasien dan

c. Pemeriksaan

Dengan pemeriksaan yang meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium dapat menunjang untuk menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya secara tepat.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer yang penulis dapatkan yaitu sumber data yang didapatkan langsung dari pasien berupa pengkajian dan hasil observasi klinis pasien.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah sumber data yang yang didapatkan dari orang-orang terdekat pasien melalui keluarga dan catatan medik keperawatan disertai hasil pemeriksaan dan pemeriksaan penunjang lainnya.

c. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah metode pengumpulan data yang dan informasi melalui dokumen tertulis atau Karya Tulis Ilmiah yang berhubungan dengan studi kasus yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman sampul, halaman judul, halaman pernyataan, halaman pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar lampiran.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan berisi tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, metoden penulisan dan sistematika penulisan.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit CVA Infark dan konsep asuhan keperawatan dengan diagnosa medis CVA Infark.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang data pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan masalah, pelaksanaan dan evaluasi masalah keperawatan dengan diagnosa medis CVA Infark.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang berisi tentang data, teori dan opini penulis

BAB 5 : Penutup, berisi simpulan dan saran.

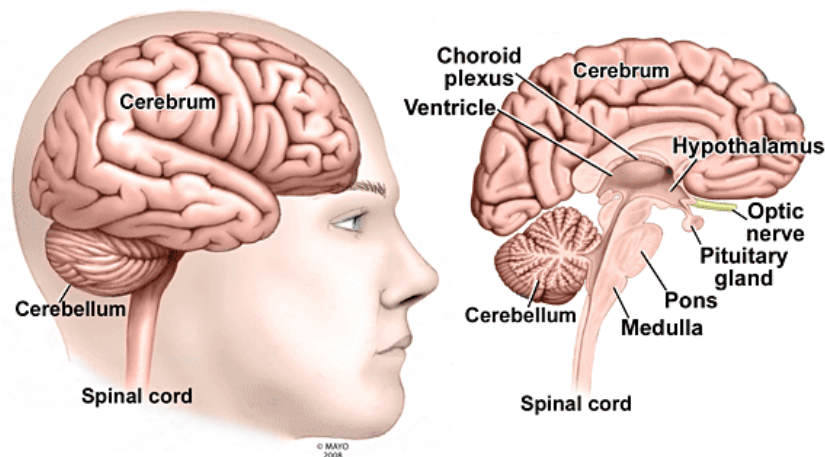
BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep CVA Infark

2.1.1 Anatomi fisiologi Otak

Otak adalah suatu alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat komputer dari semua alat tubuh. Semua kegiatan yang mengatur aktivitas didalam tubuh.. Berat otak orang dewasa kira-kira 1400 gram mencapai 2% dari keseluruhan berat tubuh, mengkonsumsi 25% oksigen dan menerima 1,5% curah jantung. Setengah padat dan berwarna kelabu kemerahan. Otak dibungkus oleh tiga selaput otak (meningeal) dan dilindungi oleh tengkorak. Otak mengapung dalam suatu cairan untuk menunjang otak yang lembek dan halus. Cairan ini bekerja sebagai penyerap guncangan akibat pukulan dari luar terhadap kepala (Setiadi, 2016).



Gambar 2. 1 Anatomi Otak (Sumber: Untari, 2012)

Perkembangan otak terletak pada rongga cranium (tengkorak) berkembang dari sebuah tabung yang mulanya memperlibatkan tiga gejala pembesaran otak awal, yaitu otak depan, otak tengah dan otak belakang (Setiadi, 2016).

1. Otak depan sebagai hemisfer serebri, korpus striatum, thalamus serta hipotalamus. Fungsi menerima dan mengintegrasikan informasi mengenai kesadaran dan emosi.
2. Otak tengah, mengkoordinir otot yang berhubungan dengan penglihatan dan pendengaran. Otak ini menjadi tegmentum, krus serebrium, korpus kuadrigeminus.
3. Otak belakang (*pons*) bagian otak yang menonjol kebanyakan tersusun dari lapisan fiber (berserat) dan termasuk sel yang terlibat dalam pengontrolan pernafasan.

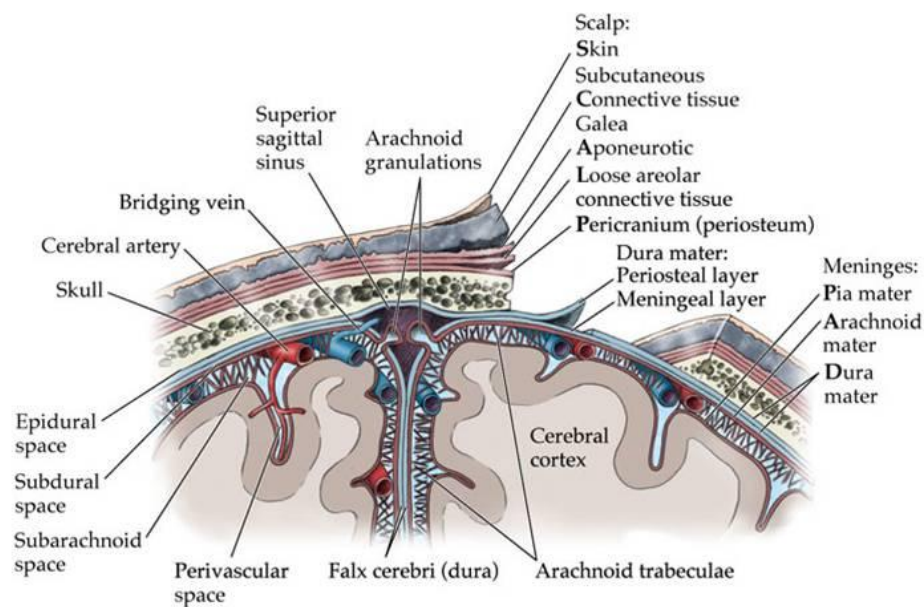
Otak belakang dibagi menjadi :

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

Otak dilindungi oleh beberapa bagian yaitu kulit kepala, rambut, tulang tengkorak dan kolumna vertebral dan meningeal (selaput otak) lapisan meningeal terdiri dari Durameter, lapisan araknoid dan durameter, cairan serebrospinalis (Setiadi, 2016).

Durameter yaitu lapisan terluar tebal yang terdiri dari dua lapisan. lapisan ini biasanya terus bersambung tetapi terputus pada beberapa sisi spesifik lapisan periosteal luar pada durameter melekat dipermukaan dalam cranium dan dan berperan sebagai periosteum dalam pada tulang tengkorak. lapisan meningeal dalam pada :

1. Durameter tertanan sampai ke dalam fisura otak dan terlipat kembali di arahnya untuk membentuk falks serebrum dan tentorium serebelum dan sela diafragma. Ruang subdural memisahkan durameter dari araknoid pada regia kranial dan medulla spinalis. Ruang epidural adalah ruang potensial antara perioteal luar dan lapisan meningeal dalam pada durameter di regia medulla spinalis.
2. Araknoid, yaitu bagian yang terletak dibagian eksternal pia meter dan mengandung sedikit pembuluh darah. Ruang araknoid memisahkan lapisan araknoid dari pia meter dan mengandung cairan cerebrospinalis, pembuluh darah serta jaringan penghubung serta selaput yang mempertahankan posisi araknoid terhadap piameter dibawahnya.
3. Piameter, yaitu adalah lapisan terdalam yang halus dan tipis serta melekat erat dalam otak.



Gambar 2. 2 Lapisan Otak (Sumber: Untari, 2012)

Diantara arachnoid dan Piameter disebut subaraknoid, yang berisi cairan serebrospinal dan pembuluh – pembuluh darah. Ruang subarachnoid dibawah L2 dinamakan sakus atau teka lumbalis, tempat dimana cairan serebrospinal diambil pada waktu fungsi lumbal. Cairan serebrospinal yang berada diruang subarachnoid merupakan salah satu proteksi untuk melindungi jaringan otak dan medulla spinalis terhadap trauma atau gangguan dari luar. Rata – rata cairan serebrospinal dibentuk sebanyak 0,35 ml/menit atau 500 ml/hari, sedangkan total volume cairan serebrospinal berkisaran 75-150 ml dalam sewaktu. Ini merupakan suatu kegiatan dinamis, berupa pembentukan, sirkulasi dan absorpsi. Untuk mempertahankan jumlah cairan serebrospinal tetap dalam sewaktu, maka cairan serebrospinal diganti 4-5 kali dalam sehari. Perubahan dalam cairan serebrospinal dapat merupakan proses dasar patologi suatu kelainan klinik. Pemeriksaan cairan serebrospinal adalah suatu tindakan untuk menetapkan diagnosis, mengidentifikasi organisme penyebab serta dapat untuk melakukan test sensitivitas antibiotika.

Cairan serebrospinal dibentuk dari kombinasi filtrasi kapiler dan sekresi aktif dari epitel. Cairan serebrospinal hampir menyerupai ultrafiltrat dari plasma darah tapi berisi konsentrasi Na, K, bikarbonat, cairan, glukosa yang lebih kecil dan klorida yang lebih tinggi dengan PH cairan serebrospinal lebih rendah dari darah (Setiadi, 2016)

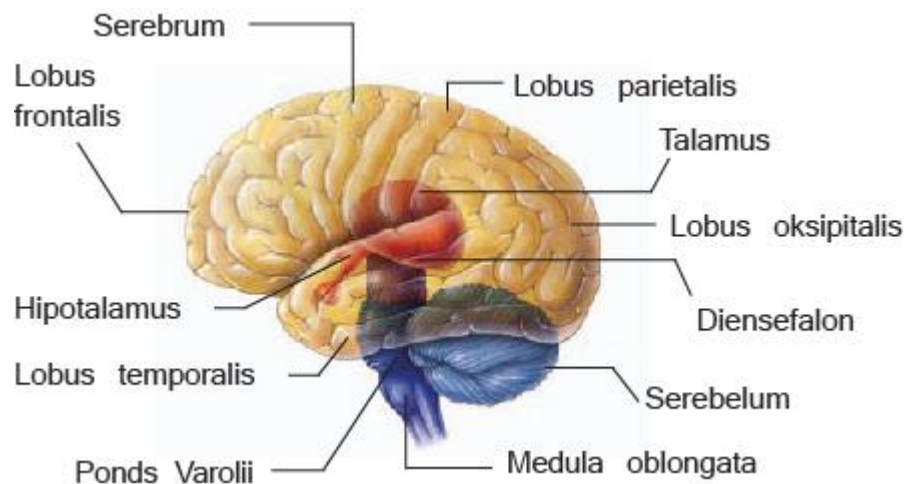
Cairan serebrospinal mempunyai fungsi yaitu : (Setiadi, 2016).

1. Menyediakan keseimbangan dalam system saraf, dimana unsur – unsur pokok pada cairan serebrospinal berada dalam keseimbangan dengan cairan otak

ekstraseluler, jadi mempertahankan lingkungan yang konstan terhadap sel – sel dalam system saraf

2. Menghantar makanan kesistem syaraf pusat
3. Melindungi otak dan sumsum tulang belakang dari goncangan dan trauma.
4. Sebagai buffer
5. Mempertahankan tekanan intracranial. Cara pengurangan cairan serebrospinalis dengan mengalirkan ke luar rongga tengkorak, baik dengan mempercepat pengalirannya melalui berbagai foramina, hingga mencapai sinus venosus atau masuk kedalam rongga subaracnoid lumbal.
6. Mengalirkan bahan – bahan yang tidak diperlukan otak, seperti CO₂, laktat, dan ion hydrogen

Bagian dari otak secara garis besar terdiri dari (Setiadi, 2016):



Gambar 2. 3 Bagian-bagian Otak (Sumber: Sridianti, 2016)

1. Otak besar (*cerebrum*)

Berpasangan bagian atas dari otak kecil yang mengisi lebih dari setengah masa otak. Permukaannya berasal dari bagian yang menonjol dan lekukan Cerebrum di bagi dalam 4 lobus yaitu :

- a. Lobus frontalis, menstimulasi pergerakan otot yang bertanggung jawab untuk proses berfikir, pusat fungsi intelektual yang lebih tinggi seperti kemampuan berpikir abstrak dan nalar motoric bicara, pusat penghirup, pusat pengontrolan gerakan volunteer di gyrus presentralis (area motoric primer).
- b. Lobus Parietalis merupakan area sensoris dari otak yang merupakan sensasi perabaan, tekanan, dan sedikit menerima perubahan temperature
- c. Lobus Oksipital mengandung area visual yang menerima sensasi dari mata, berfungsi sebagai menginterpretasikan dan memproses rangsang penglihatan dari nervus optikus
- d. Lobus temporalis, mengandung area auditori yang menerima sensasi dari telinga dan berperan dalam pembentukan dan perkembangan emosi.

Area khusus otak besar (*cerebrum*) adalah :

- a. Somatic sensory, area yang menerima implus dari reseptor sensori tubuh yang terdiri dari area sensorik primer, dan visual primer, area auditori primer. Area olfaktori primer dan area pengecap primer.
- b. Primary motor, area yang mengirim implus ke otot skeletal area primar terdapat dalam girus presentral. Disini neuron mengedalikan sisi

anterior girus presentral. Neuron mengendalikan aktivitas motoric yang terlatih dan berulang seperti mengetik.

- c. Brocas area yang terlibat dalam kemampuan bicara

2. Otak depan (*diacephalon*)

Terletak diantara serebrum dan otak tengah yang tersembunyi di balik hermifer serebral, terletak dibagian atas batang otak didepan mesencephalon yang terdiri dari:

- a. Thalamus, berfungsi untuk stasiun pemancar bagi implus yang sampai di otak dan medulla spinalis
- b. Hipotalamus, berfungsi sebagai pusat pengaturan suhu.
- c. Subtalamus, nucleus motoric ekstrapiramidal penting mempunyai hubungan nucleus rubra, substansia nigra dan globus palidus dari ganglia basalis
- d. Epitalamus adalah membentuk langit – langit tipis ventrikel telinga.

3. Otak tengah (*mesencephalon*)

Merupakan bagian otak pendek dan terkoniksi yang menghubungkan pons dan serebelum dan sereblum dan berfungsi sebagai jalur penghantar dan pusat refleks.

4. Otak belakang (hidrain: pons varolli, serebelum, medulla oblongata)

Otak tengah, pons dan medulla oblongata disebut sebagai batang otak. Batang otak (brain stem: mesencephalon, pons, dan medulla oblongata)

- 5. Pons menghubungkan medulla yang panjang dengan berbagai bagian otak melalui pedunculus serebral.

6. Medulla oblongata adalah sumsum lanjutan yang terletak langsung setelah otak dan dan menghubungkan dengan medulla spinalis.

7. Otak kecil (*cerebellum*)

Bagian otak yang terletak dibagian belakang otak besar. Otak kecil berfungsi sebagai pusat pengaturan koordiansi gerakan yang disadari dan keseimbangan tubuh serta posisi tubuh

2.1.2 Definisi CVA Infark

CVA (*Cerebro Vascular Acudent*) atau stroke adalah gangguan defisit neurologis yang mempunyai gejala tiba-tiba berlangsung > 24 jam dan disebabkan oleh penyakit serebrovaskular. CVA terjadi pada saat terdapat gangguan peredaran darah ke bagian otak termasuk didalamnya tanda – tanda perdarahan subarakhnoid, perdarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri (Mutiarasari, 2019).

Menurut (Muttaqin, 2011) stroke atau CVA adalah kehilangan fungsi otak yang disebabkan oleh adanya trombosis, embolisme, iskemia dan hemoragi sehingga mengakibatkan berhentinya suplay drah ke otak. Stroke non hemoragik atau stroke iskemik (CVA Infark) terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak (Hafsari et al., 2018).

2.1.3 Klasifikasi CVA Infark

Klasifikasi stroke iskemik berdasarkan klinik terdiri atas (Manjoer, 2010):

1. Stroke Hemoragik (SH) Stroke yang terjadi karena perdarahan pada Sub arachnoid yang dapat disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah tertentu, biasanya terjadi saat pasien melakukan aktivitas atau saat aktif.
2. Stroke Non Hemoragik (SNH) berupa iskemia, emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi setelah lama beristirahat, atau baru bangun tidur atau dipagi hari. Iskemia menyebabkan hipoksia dan timbul edema sekunder.

Klasifikasi stroke iskemik berdasarkan waktunya terdiri atas (Manjoer, 2010):

1. *Transient Ischaemic Attack* (TIA): serangan iskemik sepiintas. Merupakan gangguan neurologis fokal (hanya dibagian otak tertentu) yang timbul mendadak dan hilang dalam beberapa menit (durasi rata-rata 10 menit) sampai beberapa jam (24 jam).
2. *Reversible Ischaemic Neurological Deficit* (RIND): defisit neurologis membaik kurang dari 1 minggu
3. *Stroke In Evolution* (SIE)/Progressing Stroke: perjalanan penyakit stroke berlangsung perlahan meskipun akut. Proses progresif beberapa jam sampai beberapa hari.
4. *Completed Stroke*: Gangguan neurologis maksimal sejak awal serangan dengan sedikit perbaikan. Kondisi stroke di mana defisit neurologisnya pada saat onset lebih berat, dan kemudiannya dapat membaik/menetap (Amanda, 2018).

2.1.4 Etiologi CVA Infark

Menurut (Muttaqin, 2011) CVA infark disebabkan oleh:

1. Trombosis serebri

Terjadi ketika pembuluh darah mengalami sumbatan yang menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti (pembendungan darah) disekitarnya. Trombosis serebri ini disebabkan karena adanya:

- a. Aterosklerosis: mengerasnya/berkurangnya elastisitas dinding pembuluh darah.
- b. Hiperkoagulasi: darah yang kental akan menyebabkan viskositas hematokrit meningkat sehingga dapat memperlambat aliran darah cerebral.
- c. Arteritis: peradangan pada arteri

2. Emboli

Emboli terjadi disebabkan adanya penyumbatan pada pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan mengalir mengikuti peredaran darah lalu menyumbat sistem arteri serebri. Keadaan-keadaan yang dapat menimbulkan emboli antara lain:

- a. Penyakit jantung.
- b. Infark miokardium.
- c. Fibrilasi dan keadaan aritmia: dapat membentuk gumpalan-gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emboli cerebri.
- d. Endokarditis: menyebabkan gangguan pada endocardium.

2.1.5 Patofisiologi CVA Infark

Patofisiologi stroke iskemik merupakan suatu proses yang kompleks, melibatkan mekanisme eksotoksitas, jalur inflamasi, kerusakan oksidatif, ketidakseimbangan ion, apoptosis, angiogenesis, dan neuroprotektif. Kaskade

iskemik yang terjadi pada stroke akut menghasilkan kematian sel neuron dan kerusakan fungsional yang permanen. Strategi terapi stroke berkembang menjadi dua tujuan utama; mengembalikan aliran darah otak dan meminimalisir efek iskemik yang menyebabkan kematian neuron. (Pudiastuti, 2011).

Sistem saraf pusat memiliki kebutuhan energi yang sangat tinggi dan hanya dapat dipenuhi oleh suplai substrat metabolik yang terus menerus dan tidak terputus. Pada keadaan normal, energi tersebut hanya berasal dari metabolisme aerob glukosa. Otak tidak memiliki persediaan energi untuk digunakan saat terjadi gangguan penghantaran substrat. Sehingga tanpa suplai glukosa dan oksigen yang adekuat, fungsi neuron akan menurun dalam beberapa detik. Untuk mempertahankan jaringan otak intak secara struktural dan untuk membuatnya tetap berfungsi membutuhkan sejumlah energi yang berbeda. Kebutuhan aliran darah minimal untuk memelihara struktur otak adalah sekitar 5-8 ml/100 g/menit (pada jam pertama iskemik). Sementara, kebutuhan aliran darah minimal untuk berlanjutnya fungsi adalah 20 ml/100 g/menit. Karena itu, dapat terlihat adanya defisit fungsional tanpa terjadinya kematian jaringan (infark).

Terdapat dua mekanisme patofisiologi pada iskemik otak yaitu hilang atau berkurangnya suplai oksigen dan glukosa yang terjadi sekunder akibat oklusi vaskuler, serta perubahan metabolisme seluler akibat gangguan proses produksi energi. Oklusi menyebabkan gangguan hemodinamik aliran darah otak yang secara bertahap dikenal beberapa critical level berdasarkan beratnya oklusi, yaitu:

1) Tingkat kritikal pertama

Apabila aliran darah otak/CBF (*cerebral blood flow*) menurun hingga 70-80% (kurang dari 50-55 ml/100 gr/menit), respon pertama otak adalah terjadinya gangguan sintesa protein karena adanya disagregasi ribosom.

2) Tingkat kritikal kedua

Apabila CBF berkurang hingga 50% (hingga 35 ml/100 gr/menit), akan terjadi aktivasi glikolisis anaerob dan peningkatan konsentrasi laktat yang selanjutnya berkembang menjadi asidosis laktat dan edema sitotoksik.

3) Tingkat kritikal ketiga

Terjadi bila CBF berkurang hingga 30% (hingga 20 ml/100 gr/menit). Pada keadaan ini akan terjadi berkurangnya produksi *adenosine triphosphate* (ATP), defisit energi, gangguan transport aktif ion, instabilitas membran sel, serta dilepaskannya neurotransmitter eksitatorik yang berlebihan.

Pada saat CBF hanya mencapai 20% dari nilai normal (10-15 ml/100 gr/menit), neuron-neuron otak kehilangan gradien ion dan selanjutnya terjadi depolarisasi anoksik dari membran. Apabila jaringan otak mendapat aliran darah kurang dari 10 ml/100 gr/menit akan terjadi kerusakan neuron yang ireversibel secara cepat dalam waktu 6-8 menit. Daerah ini disebut inti infark (*ischemic core*) (Wijaya, 2013).

2.1.6 Manifestasi Klinis CVA Infark

Manifestasi klinis CVA infark menurut (Husna, Kusworini, & Wulansari, 2015) yaitu:

1. Jika terjadi peningkatan TIK maka dijumpai tanda dan gejala:

- a. Perubahan tingkat kesadaran: penurunan orientasi dan respon terhadap stimulus.
 - b. Keluhan kepala pusing.
 - c. Perubahan kemampuan gerak ekstermitas: kelemahan sampai paralysis
2. Reflek menelan menurun
 3. CT- Scan tampak adanya edema
 4. Mobilitas menurun
 5. Nyeri kepala
 6. Serangan sementara jenis lain, seperti vertigo, pusing bergoyang, kesulitan menelan (disfagia), kebingungan akut, atau gangguan daya ingat
 7. Hilangnya kekuatan (atau timbulnya gerakan canggung) di salah satu tubuh, terutama disatu sisi, termasuk wajah, lengan atau tungkai.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang CVA Infark

Pemeriksaan penunjang CVA Infark (Yueniwati, 2015)

1. Laboratorium.
 - a. Pada pemeriksaan paket stroke: Viskositas darah pada pasien CVA ada peningkatan $VD > 5,1$ cp, *Test Agresi Trombosit* (TAT), Asam Arachidonic (AA), *Platelet Activating Factor* (PAF), fibrinogen (Muttaqin, 2011).
 - b. Analisis laboratorium standar mencakup urinalisis, HDL pasien CVA infark mengalami penurunan < 60 mg/dl, Laju endap darah (LED) pada pasien CVA bertujuan mengukur kecepatan sel darah merah mengendap dalam tabung darah LED yang tinggi menunjukkan adanya radang.

Namun LED tidak menunjukkan apakah itu radang jangka lama, misalnya artritis, panel metabolic dasar (Natrium (135-145 nMol/L), kalium (3,6- 5,0 mMol/l), klorida,)

- c. Darah lengkap: didapatkan hasil leukosit pada 24 jam pertama serangan stroke infark mengalami peningkatan dan akibatnya akan menghasilkan *outcome* yang lebih buruk dan masa perawatannya akan lebih lama. Berdasarkan penelitian (Oktavia, 2017) dengan judul Hubungan Jumlah Leukosit dengan Defisit Fungsional Neurologis pada Pasien Stroke Iskemik menunjukkan hasil angka leukosit yang tinggi menunjukkan korelasi terhadap hasil akhir *outcome* klinis dan lama perawatan pada pasien stroke iskemik akut.
- d. Masa protombin: digunakan untuk menilai aktivasi koagulasi serta monitoring
- e. Urinalisis.

2. Diagnostik.

- a. CT Scan Kepala: untuk membantu menentukan penyebab seorang terduga stroke, suatu pemeriksaan sinar x khusus yang disebut CT scan otak sering dilakukan. Suatu CT scan digunakan untuk mencari perdarahan atau massa di dalam otak, situasi yang sangat berbeda dengan stroke yang memerlukan penanganan yang berbeda pula. CT Scan berguna untuk menentukan jenis patologi, lokasi lesi, ukuran lesi, menyingkirkan lesi non-vaskuler (Amanda, 2018).
- b. Angiografi serebral: pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi adanya penyempitan ataupun sumbatan pada pembuluh darah pada daerah

cerebral. Pemeriksaan angiografi ini digunakan untuk menentukan apakah lokasi pada sistem karotis atau vetebrobasiler, menentukan ada tidaknya penyempitan, oklusi atau aneurisma pada pembuluh darah.

- c. Pungsi lumbal: pemeriksaan ini digunakan apabila tidak adanya CT scan atau MRI pada stroke PIS didapatkan gambaran LCS (cairanjernih yang meyelimuti susunan saraf pusat) seperti cucian daging atau berwarna kekuningan, pada PSA didapatkan LCS yang gross hemorragik. Pada stroke infark tidak didapatkan perdarahan perdarahan (jernih).
- d. MRI: Menggunakan gelombang magnetik untuk membuat gambaran otak. Gambar yang dihasilkan MRI jauh lebih detail jika dibandingkan dengan CT scan, tetapi ini bukanlah pemeriksaan garis depan untuk stroke. jika CT scan dapat selesai dalam beberapa menit, sedngkan MRI perlu waktu lebih dari satu jam. MRI dapat dilakukan kemudian selama perawatan pasien jika detail yang lebih baik diperlukan untuk pembuatan keputusan medis lebih lanjut. Orang dengan peralatan medis tertentu (seperti, *pacemaker*) atau metal lain di dalam tubuhnya, tidak dapat dijadikan subyek pada daerah magneti kuat suatu MRI.
- e. Pemeriksaan penunjang lain: Pemeriksaan untuk menentukan faktor resiko seperti darah rutin, komponen kimia darah (ureum, kreatinin, asam urat, profil lipid, gula darah, fungsi hepar), elektrolit darah, thoraks foto, EKG, *echocardiografi*

2.1.8 Penatalaksanaan CVA Infark

Penatalaksanaan secara umum ditujukan terhadap fungsi vital: paru-paru, jantung, ginjal, keseimbangan elektrolit dan cairan, gizi, higiene. Pencegahan dan

pengobatan komplikasi yaitu dengan rehabilitasi. Pencegahan stroke bisa dengan tindakan promosi, primer dan sekunder.

Penatalaksanaan farmakologi CVA Infark menurut (Presley, 2014) yaitu:

1. Fibrinolitik/trombolitik (rtPA/ *recombinant tissue plasminogen activator*) intravena. Terapi trombolitik pada stroke non hemoragik akut. Terapi harus dilakukan selama 3 – 4,5 jam sejak onset terjadinya simptom dan setelah dipastikan tidak mengalami stroke perdarahan dengan CT scan.
2. Anti agregasi platelet : Aspirin, tiklopidin, klopidoqrel, dipiridamol, cilostazol
3. Antikoagulan : heparin, LMWH (*low molecular weight heparin*), heparinoid (untuk stroke emboli)
4. Neuroprotektan: Golongan obat ini seringkali digunakan dengan alasan untuk menunda terjadinya infark pada bagian otak yang mengalami iskemik khususnya penumbra dan bukan untuk tujuan perbaikan reperfusi ke jaringan. Beberapa jenis obat yang sering digunakan seperti *citicoline*, *flunarizine*, *statin*, atau *pentoxifylline*. *Citicoline* merupakan salah satu obat yang menjadi kontroversi penggunaannya hingga saat ini untuk pasien dengan stroke iskemik, dimana penggunaan obat ini diharapkan dapat melindungi sel membran serta stabilisasi membran sehingga dapat mengurangi luas daerah infark.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan CVA Infark

2.2.1 Pengkajian

Menurut (Muttaqin, 2011) anamnesa pada stroke meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pengkajian psikososial.

1. Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

2. Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

3. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke non hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Umumnya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan koma.

4. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang

lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

5. Riwayat penyakit keluarga

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

6. Pengkajian psiko-sosio-spiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

7. Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan klien, dilakukan pemeriksaan fisik yang berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara per sistem (B1-

B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (*Brain*) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien.

- a. B1 (*Breathing*): Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran compos mends, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.
- b. B2 (*Blood*): Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg).
- c. B3 (*Brain*): Stroke menyebabkan berbagai defisit 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. Pengkajian B3 (*Brain*) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.
- d. B4 (*Bladder*): Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih

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

- e. B5 (*Bowel*): Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.
- f. B6 (*Bone*): Stroke adalah penyakit yang mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik 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 dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tandatanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan

sensori atau paralise/ hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat

- g. Pengkajian Tingkat Kesadaran. Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan klien dan respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan. Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan di tetapkan berdasarkan analisa dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnose keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata (actual) dan kemungkinan akan terjadi (potensial) dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat. Maupun diagnosa yang muncul adalah Diagnosa Keperawatan (Santdar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017).

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Edema serebral (stroke iskemik) (D.0066, Hal. 149)

2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan mukus berlebih (D. 0001, Hal. 18)
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, kelemahan, parestesia, paralisis (D. 0054, Hal. 124)
4. Gangguan komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neurosmuskular, kelemahan umum (D. 0119, Hal. 264)
5. Resiko Jatuh dibuktikan dengan faktor risiko kekuatan otot menurun (D.0143, Hal. 306).

2.2.3 Intervensi Keperawatan

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Edema serebral (stroke iskemik)

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 24 jam maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat

Kriteria hasil:

- (1) Tingkat kesadaran meningkat
- (2) Sakit kepala menurun
- (3) Tekanan darah membaik (110/80mmHg - 130/80 mmHg)
- (4) Pulse pressure membaik (60 – 100 x/mnt)

Intervensi :

- (1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misal: edema serebral)
- (2) Monitor tanda gejala peningkatan TIK (misal: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, kesadaran menurun)
- (3) Monitor nilai MAP
- (4) Berikan posisi semi fowler

- (5) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvusan, jika perlu
 - (6) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan mukus berlebih

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka bersihan jalan nafas meningkat

Kriteria hasil :

- (1) Produksi sputum menurun
- (2) Sura nafas tambahan menurun
- (3) Frekuensi nafas membaik
- (4) Pola nafas membaik

Intervensi :

- (1) Observasi dan Jelaskan pada pasien mengapa terdapat penumpukan secret di saluran pernapasan dan kegunaan batuk efektif
 - (2) Ajarkan pasien batuk efektif
 - (3) Berikan posisi pasien semi fowler
 - (4) Lakukan pengisapan lendir, batasi durasi pengisapan dengan 15 detik atau lebih
 - (5) Kolaborasi dalam pemberian bronkodilator
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, kelemahan, parestresia, paralisis.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka mobilitas fisik meningkat

Kriteria hasil:

- (1) Pergerakan ekstermitas meningkat

- (2) Kekuatan otot meningkat
- (3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- (4) Kelemahan fisik menurun
- (5) Gerakan terbatas menurun

Intervensi:

- (1) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
 - (2) Monitor tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi
 - (3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (Mengajarkan ROM aktif maupun pasif)
 - (4) Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan alih baring (miring kanan, miring kiri).
4. Gangguan komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neurosmuskular, kelemahan umum.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka komunikasi verbal meningkat.

Kriteria hasil:

- (1) Kemampuan berbicara meningkat
- (2) Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh meningkat
- (3) Pelo menurun
- (4) Pemahaman komunikasi membaik

Intervensi:

- (1) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

- (2) Gunakan metode komunikasi alternatif (misal: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar, huruf, isyarat tangan)
 - (3) Gunakan juru bicara, *jika perlu*
 - (4) Anjurkan berbicara perlahan
 - (5) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
5. Resiko Jatuh dibuktikan dengan faktor risiko kekuatan otot menurun

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat jatuh menurun

Kriteria hasil:

- (1) Jatuh dari tempat tidur menurun
- (2) Jatuh saat berdiri menurun
- (3) Jatuh saat duduk menurun
- (4) Jatuh saat berjalan menurun

Intervensi:

- (1) Identifikasi faktor risiko jatuh (penurunan tingkat kesadaran, kekuatan otot)
- (2) Hitung risiko jatuh menggunakan skala (misal: Fall Morse Scale)
- (3) Pastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci
- (4) Pasang handrall tempat tidur
- (5) Pasang gelang risiko jatuh
- (6) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan sesuatu

2.2.4 Implementasi Keperawatan

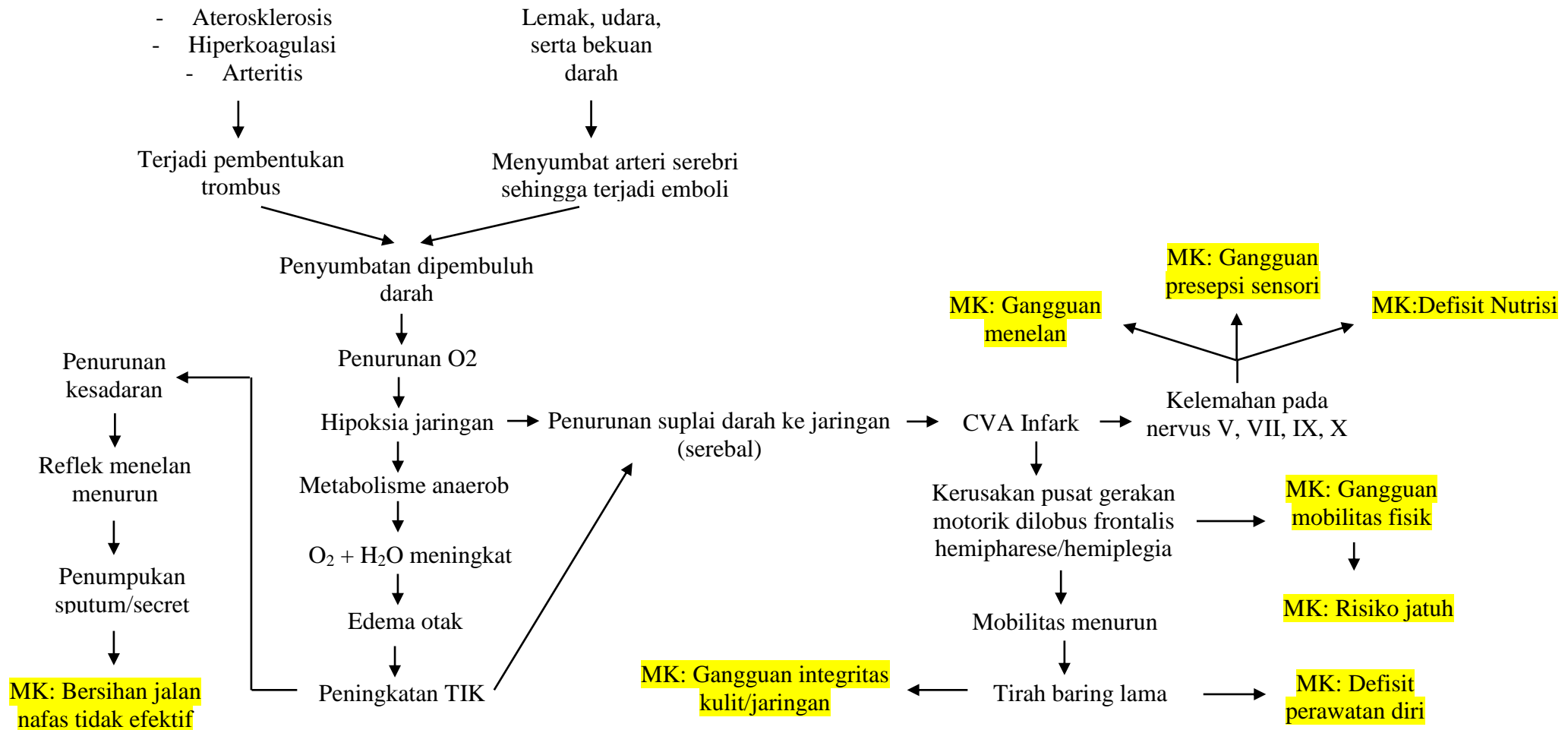
Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan dengan tujuan untuk

memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pada tahap ini perawat menerapkan pengetahuan intelektual, kemampuan hubungan antar manusia (komunikasi) dan kemampuan teknis keperawatan, penemuan perubahan pada pertahanan daya tahan tubuh, pencegahan komplikasi, penemuan perubahan sistem tubuh, pemantapan hubungan klien dengan lingkungan, implementasi pesan tim medis serta mengupayakan rasa aman, nyaman dan keselamatan klien.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus-menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukan (Muttaqin, 2011).

2.3 Kerangka Asuhan Keperawatan



BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Dasar

Ny. S (37 tahun), beragama Islam. Berasal dari suku Jawa/Indonesia, Ibu rumah tangga, sudah menikah dan mempunyai 2 orang anak. No. Register xx-xx-xx. Ny. S dirawat dengan diagnosamedis CVA Infark. Ny. S datang ke IGD PHC pada tanggal 15 Juli 2020 jam 01.30 WIB. Pengkajian dilakukan tanggal 15 Juli 2020 pukul 06.30 WIB di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.

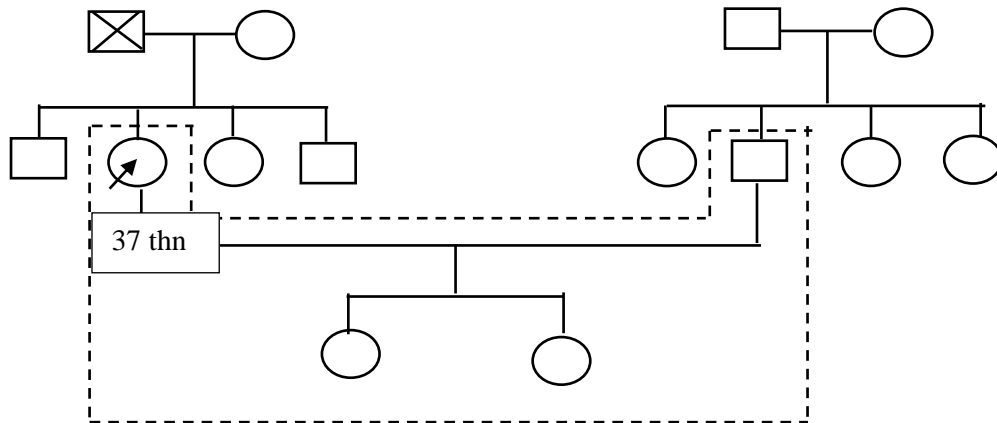
Keluhan utama masuk rumah sakit adalah 2 hari SMRS Ny. S mengatakan tangan dan kaki kiri mengalami kelemahan. Sebelum timbul kelemahana tersebut pasien merasa pusing hebat pada kepala pada jum'at malam, pusing dirasakan seperti berdenyut sehingga Ny. S meminum obat warung dan pasien tidur setelah minum obat. Saat terbangun Ny. S merasakan kesemutan pada tangan dan kaki kirinya dan mendadak mulai merasakan kelemahan pada tangan dan kaki kirinya. Kelemahan timbul 2 jam setelah muncul keluhan pusing hebat. Saat terjadi kelmahan tersebut Ny. S dalam keadaan sadar. Pada pagi Ny. S sudah mulai sulit berjalan sehingga harus diseret apa bila berjalan. Ny. S hanya berbaring diranjang karena menurut pemikirannya kelemahan tersebut akan hilang dengan sendirinya. Namun oleh suami Ny. S memutuskan untuk dibawa kerumah sakit karena melihat kondisi istrinya yang tidak kunjung membaik . Saat di IGD PHC hasil pengkajian keadaan umum baik, tekanan darah 157/92 mmHg, nadi 82 x/mnt, respirasi 18 x/mnt, suhu 36,2 °C. Tingkat kesadaran

composmentis, GCS E4V5M6, SPO₂ 98% pasien terpasang O₂ nasal 2 Lpm. Hasil pemeriksaan CT-Scan Kepala didapatkan hasil tampak area hypodens multiple, sebagian berbatas tidak tegas dan sebagian berbatas tegas dicorona radiata kanan kiri, nucleus caudatus kanan dan capsula interna kiri. Hasil pemeriksaan laboratorium RS PHC Surabaya tanggal 15 Juli 2020 menunjukkan hasil kadar HGB 13,6 g/dl, Leukosit 9,02 10³/UL, Eritrosit 4,41 10⁶/UL, HCT 37,9%, Trombosit 291 10³/UL, BUN 6,30 mg/dl, Kreatinin 0,73 mg/dl, Natrium 130,4 mmol/L, Kalium 2,76 mmol/L.

Pada tanggal 15 Juli 2020 pukul 03.30 pasien dipindahkan ke ruangan Mirah RS PHC Surabaya setelah konsultasi dengan dokter penanggung jawab. Saat diruangan didapatkan hasil pengkajian keadaan umum baik, tekanan darah 161/82

mmHg, nadi 84 x/mnt, respirasi 20 x.mnt, suhu 36,5 °C, SPO₂ 98% terpasang O₂ nasal 2 Lpm, kesadaran composmentis, GCS E4V5M6. Ny. S terpasang IV line di tangan sebelah kanan. Ny. S mengeluh kepalanya pusing dan tubuh sebelah kiri mengalami kelemahan. Ny. S mengatakan mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan diabetes mellitus. Untuk mengatasi hipertensinya Ny. S mengkonsumsi Amlodipin 10 mg (1 x 1) dan untuk DM Ny. S menggunakan Novorapid 3 x 12 ui, Lavemir 1 x 14 ui. Ny. S mengatakan orang tua laki-laki memiliki riwayat hipertensi. Ny. S mengatakan tidak mempunyai alergi makanan maupun obat-obatan.

Bagan Genogram



Keterangan:

□ Laki-laki

○ Perempuan

↗ Pasien

✕ Meninggal

---- Tinggal serumah

3.1.2 Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik B1 (*Breath*) didapatkan hasil pemeriksaan bentuk dada normochest, tidak terdapat otot bantu nafas, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, penggunaan alat bantu nafas O₂ nasal 2 Lpm, irama nafas reguler, pola nafas normal (*apnea*) dengan frekuensi nafas 20 x/mnt, SPO₂ 98%, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada sesak nafas, tidak terdapat spurum, tidak ada batuk, dan tidak terdapat suara nafas tambahan ronchi (-/-), tidak ada *wheezing* (-/-), tidak ada retraksi dinding dada.

Pada pemeriksaan fisik B2 (*Blood*) didapatkan hasil pemeriksaan tidak terdapat nyeri dada, irama jantung reguler, bunyi jantung S1-S2 tunggal, CRT <2 detik, akral HKM (hangat, kering, merah), ada riwayat hipertensi, tidak terdapat perdarahan, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, terpasang infus tangan sebelah kanan, tekanan darah 170/108 mmHg, nadi 92 x/mnt.

Pada pemeriksaan fisik B3 (*Brain*) didapatkan hasil GCS E4V5M6, bentuk kepala simetris, terdapat nyeri kepala, terdapat paralisis ekstermitas kiri dan tidak ada lesi dikepala. Bentuk mata simetris, pupil bulat isokor, konjungtiva ananemis, reflek cahaya +/+, Telinga pasien tampak normal dan bersih, tidak terdapat gangguan dan pasien tidak menggunakan alat bantu dengar. Bentuk hidung pasien simetris, terdapat septum ditengah hidung, tidak terdapat polip dan tidak ada kelainan. Lidah pasien bersih, tidak ada kesulitan menelan dan berbicara. Saat dilakukan pengkajian persyarafan didapatkan kelemahan fisik pada ekstermitas atas dan bawah bagian kiri. Pada Nervus I (saraf olfaktorius) pasien tidak kesulitan mencium bau, Nervus II (saraf optikus) pasien tidak mengalami keulitan dalam melihat, Nervus III (saraf okulomotorius) pasien tidak kesulitan pada pergerakanbola mata dan pupil, Nervus IV (saraf troklearis) pasien mampu menggerakkan bola mata keatas dan kebawah, Nervus V (saraf trigeminus) pasien mampu mengunyah makanan, Nervus VI (saraf abduksen) pasien mampu menggerakkan bola mata kearah lateral, Nervus VII (saraf fasialis) pasien mampu menjulurkan lidah, Nervus VIII (saraf vestibulokoklearis) pasien mampu mendengarkan dengan baik, Nervus IX (saraf glosfaringeus) pasien tidak mengalami kesulitan menelan, Nervus X (saraf vagus) pasien mampu menelan dengan baik, Nervus XI (saraf aksesorius) pasien

tidak mampu mengangkat tangan dan kaki kiri (ada pergerakan, dapat melawan gravitasi), pasien juga tidak bisa memutarannya, pasien hanya bisa memfleksikan kepala, Nervus XII (saraf hipoglosus) pasien tidak mengalami kesulitan berbicara.

Pada pemeriksaan fisik B4 (*Bladder*) didapatkan hasil pemeriksaan eliminasi urin SMRS tidak terdapat gangguan dengan frekuensi 4 – 5 kali sehari dengan jumlah 500 cc, warna kekuningan, frekuensi minum 1,5 L sehari. Eliminasi urin saat MRS frekuensi 2 – 3 kali sehari dengan jumlah 300 cc, warna kekuningan. Pasien tidak menggunakan alat bantu apapun, tidak terpasang kateter, pasien tidak menggunakan diapers, pasien menggunakan penampung urin atau pispot untuk BAK, tidak ada distensi kandung kemih dan nyeri tekan.

Pada pemeriksaan fisik B5 (*Bowel*) didapatkan hasil mulut bersih, mukosa bibir kering, tidak terdapat gigi palsu, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pantangan makanan, nafsu makan pasien SMRS baik, nafsu makan saat MRS menurun hanya habis ½ porsi, tidak ada mual ataupun muntah, makna 3 x sehari, pasien mendapatkan diit TKTP (tinggi kalori tinggi protein). Frekuensi minum pasien SMRS 1,5 L/hari, saat MRS 600 ml. Pasien tidak ada gangguan menelan, bentuk abdomen normal, tidak terdapat kelainan abdomen, tidak ada hemoroid. Saat SMRS pasien BAB 1x sehari. Sejak MRS pasien belum BAB. Pasien tidak menggunakan alat bantu apapun, tidak terpasang NGT, tidak terdapat nyeri tekan abdomen.

Pada pemeriksaan fisik B6 (*Bone*) didapatkan hasil rambut pasien tidak rontok, tidak ada fraktur, warna kulit sawo matang, kuku bersih, turgor kulit elastis. ROM pasien terbatas, pasien tampak hati-hati dalam melakukan

mobilisasi, pasien terbatas dalam bergerak, pasien dianjurkan miring kanan, miring kiri dan tidak boleh duduk ataupun turun dari bed/tempat tidur. Terdapat parase disebelah kiri dengan kekuatan otot:

$$\begin{array}{r|l} 5555 & 3333 \\ \hline 5555 & 3333 \end{array}$$

Pemeriksaan fisik sistem penginderaan didapatkan hasil pemeriksaan pada mata tidak ada pembengkakan palpebra, mata simetris, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, pergerakan bola mata normal, pupil bulat isokor. Pada pemeriksaan hidung tidak terdapat deviasi septum, tidak ada polip, tidak ada sekret. Pada pemeriksaan pengecap tidak ada stomatitits, tidak ada bau mulut, membrane mukosa bibir kering, kebersihan mulut bersih. Pada pemeriksaan pendengaran didapatkan bentuk telinga normal, telinga bersih tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran.

Pada pemeriksaan endokrin didapatkan hasil pasien memiliki riwayat diabetes mellitus dan menggunakan Novorapid 3 x 12 ui, Lavemir 1 x 14 ui, hasil pemeriksaan gula darah 187 mg/dl. Pada pola istirahat tidur jam tidur pasien SMRS malam pukul 22.00 – 05.00 WIB, siang pukul 13.00 – 14.30 WIB. Pola tidur saat MRS malam pukul 21.00 – 05.00 WIB dan tidur siang pukul 12.00 – 14.00 WIB.

Pada pemeriksaan reproduksi didapatkan hasil Ny. S menggunakan KB suntik setelah melahirkan anak ke 2 dan sampai sekarang masih memakai KB suntik. pasien mengatakan tidak ada masalah pada area genitalia dan tidak ada masalah pada sistem reproduksi. Pasien mengatakan tidak ada luka, bengkak pada area genitalianya.

Pemeriksaan personal *hygiene* didapatkan, pasien mengatakan sebelum masuk rumah saki pasien mandi 2x sehari, keramas 2-3x/minggu, sikat gigi 2x sehari, berganti pakaian 2-3x sehari, memotong kuku 1x/minggu. Sedangkan ketika masuk rumah sakit pasien mengatakan mandi seka 2x sehari dibantu keluarga atau perawat, menyikat gigi 2x sehari dibantu keluarga, pasien belum keramas, berganti pakaian 2x sehari dan pasien belum potong kuku ketika masuk rumah sakit.

Pola psikososiocultural didapatkan, pasien mengatakan ketika masuk rumah sakit yang menunggu pasien kadang suaminya dan kadang anaknya atau ibu pasien. Pasien mengatakan bahasa yang digunakan sehari-hari untuk berkomunikasi dengan keluarga dan orang lain adalah bahasa Indonesia atau bahasa Madura. Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan pulang kerumah.

Pola aktivitas dan latihan pasien didapatkan, pasien mengatakan ketika sebelum masuk rumah sakit aktivitas pasien seperti berjalan, menaiki tangga dilakukan pasien secara mandiri, sedangkan ketika masuk rumah sakit pasien mengatakan untuk BAB dan BAK dibantu keluarga maupun perawata, karena pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri.

Pola kognitif dan perceptual didapatkan pasien mengatakan ini baru pertama kali bagi pasien mengalami sakit stroke dan sebelumnya pasien hanya menderita penyakit hipertensi serta diabetes mellitus. Kemampuan berbicara pasien baik dan berorientasi dengan baik.

Pola konsep diri didapatkan pasien mengatakan dirinya menyukai apa yang ada ditubuhnya dalam keadaan sehat maupun sakit, pasien juga ingin segera pulang ke rumah dan bisa melakukan hobi memasak dengan anak-

anaknyanya. Pasien adalah seorang ibu rumah tangga, seorang ibu dari dua orang anak.

Pola peran dan hubungan didapatkan, pasien tidak mengalami masalah untuk berhubungan dengan keluarganya maupun tetangga sekitarnya. Pasien mengatakan pernah menjadi ketua kelompok di lingkungan rumahnya pada tahun 2018.

Pola nilai dan kepercayaan didapatkan, pasien menganut agama Islam, pasien mengatakan jika sakit ini adalah berkah dari Allah agar pasien beristirahat sejenak dari kegiatannya, untuk sholat 5 waktu pasien menjalankan dengan tidur diatas tempat tidur dan wudhu di ganti dengan tayamum.

3.1.3 Pemeriksaan penunjang

Tabel 3. 1 Hasil Laboratorium pada Ny. S dengan Diagnosa Medis CVA Infark pada Tanggal 15 Juli 2020.

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hematologi		
Hemoglobin	13,6 g/dl	11,7 – 15,5 g/dl
Leukosit	9,02 10^3 /ml	4.0-11.0 10^3 /ml
Eritrosit	4,41 10^6 /ml	4.4-52.0 10^6 /ml
Trombosit	291 10^3 /ml	150-450 10^3 /ml
Hematocrit	37,9 %	40-52 %
Liver Fungsi Test		
BUN	6,30 mg/dL	6-20 mg/dL
Kreatinin	0,73 mg/dL	0.67-1,17 mg/dL
Elektrolit		
Natrium	130,4 mmol/L	136.0-144.0 mmol/L
Kalium	2,76 mmol/L	3.6-5 mmol/L
Chlorida	97 mmol/L	95-105 mmol/L

Hasil pemeriksaan EKG Tanggal 15 Juli 2020: Normal sinus rhytem

Hasil pemeriksaan CT-Scan Tanggal 15 Juli 2020: tampak area hypodens multiple, sebagian berbatas tidak tegas dan sebagian berbatas tegas dicorona radiata kanan kiri, nucleus caudatus kanan dan capsula interna kiri

Tabel 3. 2 Pemberian Terapi Medis pada Ny. S dengan Diagnosa Medis CVA Infark pada Tanggal 15 Juli 2020.

Tanggal	Terapi Obat	Dosis	Indikasi	Kontraindikasi	Efek Samping
04/11/19	Santagesik	3x1 ampul (2ml)	Anti nyeri	Ibu hamil	Reaksi anafilaksis, dispnea, hipotermi, dan syok.
	Mecobalamin	3x1 ampul (2ml)	Neuropati perifer	Alergi terhadap mecobalamin	Mual, muntah, anoreksia, diare.
	Vitamin B1	3x1 ampul (10ml)	Memenuhi kebutuhan vitamin B1	Alergi terhadap vitamin B1	Gatal, kesemutan, mual, syok anafilaksis.
	KCL 40 meq	1x 40 meq	Mencegah terjadinya hipokalemi	Pasien yang hipersensitivitas	Sakit perut, mual, muntah, diare.
	Novorapid 3ml	3x 8 ui	Terapi DM	Hipoglikrmi	Ruam, sesak nafas, kram otot, kejang.
	Lantus 1000 ui/ml	1 x 14 ui	Terapi DM	Hiperensitif	Gatal-gatal, sesak nafas, kejang.
	Acarbose	2 x 50 (100 mg)	Mengontrol kadar gula dalam darah	Gangguan ginjal, gangguan usus kronik, major hernia, obstruksi dan ulser intestinal.	Gangguan fungsi hati, perut kembung, nyeri lambung, diare, mual dan muntah.
	Aspilet	1 x 1 (80 mg)	Anti thrombotik	Hipersensitivitas (termasuk asma), ulkus peptikum	Mual, muntah, iritasi lambung.
	Amplodipin	1 x 1 (10 mg)	Anti hipertensi	Hipotensi	Mual, pusing, jantung berdebar, merasa lelah.
	Glimepirid	1 x 1 (4 mg)	Antidiabetes	Hipersensitivitas	Pusing, mual, muntah
	Simvastatin	1 x 1 (40 mg)	Antikolesterol	Penyakit hati akut	Pilek, mual, muntah
	Candesartan	1 x 1 (80 mg)	Menurunkan tekanan darah	Hipersensitivitas, hamil dan menyusui	Pusing, nyeri sendi, lemas.
	KSR	3 x 1 (600 mg)	Pencegahan hipokalemia	Hiperkalemia	Mual, muntah, diare
	Kapsul garam	2 x 1 (400 gr)	-	-	Peningkatan kadar natrium
	Inf. Ringer laktat	14 tpm/12 jam (500 ml)	Cairan hidrasi dan elektrolit	-	-

3.2 Anaisa Data

Tabel 3. 3 Analisa Data pada Ny. S dengan Diagnosa Medis CVA Infark pada Tanggal 15 Juli 2020

Analisa data	Etiologi	Masalah
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sakit kepala - Mengeluh lemah pada tubuh sebelah kiri sejak 2 hari yang lalu. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Pasien tampak gelisa. - Hasil TTV TD: 170/108 mmHg N: 92 x/mnt RR: 20 x/mnt S: 36,5 °C Kesadran: composmentis, GCS E4V5M6 - Hasil pemeriksaan laboratorium Natrium: 130,4 mmol/L Kalium: 2,76 mmol/L - Hasil pemeriksaan CT-Scan: tampak area hypodens multiple, sebagian terbatas tidak tegas dan sebagian terbatas tegas dicorona radiata kanan, nucleus caudatus kanan dan capsula interna kiri. 	<p>Edema serebral (stroke iskemik)</p>	<p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial</p>
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh tubuh sebelah kiri mengalami kelemahan - Pasien mengatakan badannya lemas <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terbatas dalam bergerak - Pasien tampak lemah - Kekuatan otot menurun <p>5555 3333 5555 3333</p>	<p>Penurunan kekuatan otot</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>

<p>DS: - DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengalami parase sebelah kiri - Pasien tampak lemah - Kekuatan otot menurun. <p><u>5555</u> <u>3333</u> <u>5555</u> <u>3333</u></p>	<p>Faktor risiko kekuatan otot menurun.</p>	<p>Risiko Jatuh</p>
---	---	---------------------

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 4 Intervensi Keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Medis CVA Infark pada Tanggal 15 Juli 2020








No.	Masalah Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral (stroke iskemik)	<p><i>SLKI: Kapasitas adaptif intrakranial hal. 35, Perfusi serebral hal.86.</i></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 24 jam maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Tekanan darah membaik (110/80mmHg - 130/80 mmHg) 4. Pulse pressure membaik (60 – 100 x/mnt) 5. Nilai rata-rata MAP membaik (70 – 105 mmHg) 	<p><i>SIKI: Manajemen peningkatan Tekanan Intrakranial hal. 205, Pemantauan Tekanan Intrakranial hal.249.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misal: edema serebral) 2. Monitor tanda gejala peningkatan TIK (misal: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, kesadaran menurun) 3. Monitor nilai MAP 4. Berikan posisi semi fowler 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui intervensi yang diberikan selanjutnya 2. Mengusahakan tekanan darah yang optimal, tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan edema serebral, sebaliknya jika tekanan darah terlalu rendah dapat mengakibatkan iskemik otak dan akhirnya menyebabkan peningkatan TIK. 3. MAP meningkat dapat menyebabkan peningkatan TIK, sehingga perlunya memonitor nilai MAP 4. Pemberian posisi elevasi 30⁰ pada pasien stroke iskemik dapat menyongkonng perbaikan aliran darah dan menurunkan TIK,










			<ol style="list-style-type: none"> 5. Hasil kolaborasi pemberian obat pengontrol gula darah (lantus 1x 14 ui, acarbose 2x50 mg, glimepirid 1x4 mg, novorapid 3x8ui. 6. berikan kolaborasi pemeberian diuretik osmosis (mecobalamin 3x 1 ampul). 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Digunakan untuk mengontrol kadar glukosa secara adekuat 6. Terapi osmotik menarik air ke ruang intravaskuler, baik mannitol maupun salin hipertonik memiliki manfaat dalam menurunkan viskositas darah dan menurunkan volume dan rigiditas sel darah merah.
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p><i>SLKI: Mobilitas fisik hal. 65</i></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka mobilitas fisik meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kelemahan fisik menurun 5. Gerakan terbatas menurun 	<p><i>SIKI: Dukungan Mobilisasi hal. 30</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Monitor tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (Mengajarkan ROM aktif maupun pasif) 4. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan alih baring (miring kanan, miring kiri). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kondisi pasien dan intervensi selanjutnya 2. Tindakan ini dilakukan untuk mengetahui kondisi pasien dan melanjutkan intervensi 3. ROM baik pasif maupun aktif memberikan efek pada fungsi motorik pada anggota ekstermitas atas pada pasien pasca stroke (Chaidir, et all, 2014) 4. Pengaturan atau perubahan posisi ini bertujuan untuk mempertahankan atau menjaga postur tubuh dengan baik dan menghindari komplikasi yang mungkin timbul akibat tirah baring seperti luka tekan (dekubitus).









3.	Risiko jatuh d/d faktor risiko kekuatan otot menurun	<p><i>SLKI: Tingkat Jatuh hal. 140</i></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat jatuh menurun</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun 	<p><i>SIKI: Pencegahan Jatuh hal. 279</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (penurunan tingkat kesadaran, kekuatan otot) 2. Hitung risiko jatuh menggunakan skala (misal: <i>Fall Morse Scale</i>) 3. Pastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci 4. Pasang <i>handrall</i> tempat tidur 5. Pasang gelang risiko jatuh 6. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan sesuatu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kondisi pasien dan intervensi lanjutan 2. Menilai kemungkinan pasien jatuh 3. Mengurangi risiko terjadinya sesuatu yang tidak diinginkan 4. Merupakan hal dasar untuk mencegah terjadinya risiko jatuh 5. Sebagai tanda identifikasi keselamatan pasien 6. Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan dan mengurangi risiko jatuh pada pasien
----	--	---	---	--










3.4 Implementasi dan Evaluasi











Tabel 3. 5 Implementasi dan Evaluasi pada Ny. S dengan Diagnosa Medis CVA Infark Tanggal 15 – 19 Juli 2020







Hari/ tanggal	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Catatan perkembangan (SOAP)	Paraf
Rabu, 15/07/20	Penurunan kapsitas adaptif intrakranial	07.00	Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (edema serebral)		Diagnosa Keperawatan 1 S: - Pasien mengatakn tubuh sebelah kiri mengalami kelemahan - Pasien mengatakan kepalanya sakit O: - Pasien tampak lemah - Pasien terpasang O ₂ nasal 2 Lpm - Hasil pemeriksaan TTV TD: 170/108 mmHg N: 92 x/mnt RR: 20 x/mnt S: 36,5 °C SPO ₂ : 98% - Hasil CT-Scan: tampak area hypodens multiple, sebagian terbatas tidak tegas dan sebagian terbatas tegas dicorona radiata kanan, nucleus caudatus kanan dan	
		07.30	Memonitor tanda gejala peningkatan TIK Melakukan pemeriksaan tekanan darah didapatkan hasil: TD: 170/108 mmHg, nadi: 92 x/mnt, RR: 20 x/mnt, S: 36,5 °C, SPO ₂ : 98 %			
		07.40	Memberikan posisi semi fowler dengan <i>Head Up 30°</i>			
		07.45	Memberikan hasil kolaborasi oral acarbose 50mg, pemberian 15 menit sebelum makan			
		08.00	Memberikan hasil kolaborasi Inj. Santagesik 2ml, Inj. Mecobalamin 2ml, Inj. Vit. B1 10ml, novorapid 8ui, oral KSR			
	09.00	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Melakukan pemeriksaan kekuatan otot 5555 3333 5555 3333				



					1,2,	
Kamis, 16/07/20	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial	14.00	Melakukan pemeriksaan tekanan darah dan mengidentifikasi tanda gejala peningkatan TIK TD: 151/92 mmHg , nadi: 88 x/mnt, RR: 18 x/mnt, S: 36,2 °C, SPO ₂ : 97%, GCS E4V5M6, kesadaran composmentis.		Diagnosa Keperawatan 1 S: - Pasien mengatakan tubuh sebelah masih lemah - Pasien mengatakan sakit kepala berkurang	
		14.25	Memonitor nilai MAP: 111 mmHg Nilai normal MAP: 70-105 mmHg (Haryuni, 2017)		O: - Pasien tamoak lemah - Hasil pemeriksaan TTV TD: 151/92 mmHg N: 88 x/mnt RR: 18 x/mnt S: 36,2 °C SPO ₂ : 97%	
		15.00	Mempertahankan posisi semi fowler dengan head up 30 ⁰		A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan No: 2, 3, 4, 5.	
	Gangguan mobilitas fisik	15.10	Mengajarkan pasien dan melibatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan (ROM aktif maupun pasif)		Diagnosa Keperawatan 2 S: - Pasien mengatakan tubuh sebelah kiri masih lemah	
		15.30	Mengajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan alih baring (miring kanan, miring kiri)		O: - Pasien terbatas dalam gerak - Pasien tampak lemah - Parase sebelah kiri	
	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial	16.00	Memberikan hasil kolaborasi Inj. Santagesik 2ml, Inj. Mecobalamin 2ml, Inj. Vit. B1 10ml, novorapid 8ui.			
		16.30	Mengganti terapi cairan RL dan menambahkan KCL 40 Meq.			

	Risiko jatuh	16.40	Menghitung risiko jatuh menggunakan skala (<i>Fall Morse Scale</i>) didapatkan hasil 45 dan masuk kedalam kategori risiko renda (25 – 50) dengan implementasi standar pencegahan jatuh.		- Kekuatan otot menurun $\frac{5555}{5555} \mid \frac{3333}{3333}$	
		17.45	Memberikan hasil kolaborasi acarbose 50 mg 15 menit sebelum makan.		A: Masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan No. 1,3,4	
		19.00	Memberikan hasil kolaborasi Inj. Lantus 14 ui,		Diagnosa Keperawatan 3 S: -	
	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial	20.00	Memberikan hasil kolaborasi inj. Novorapid 8ui, oral aspilet 80mg, oral simvastatin 40mg, oral glimepirid 4mg, oral KSR, dan kapsul garam.		O: - Pasien tampak lemah - Parase sebelah kiri - Kekuatan otot menurun A: Masalah teratasi sebagaian P: Intervensi dilanjutkan 1	
Jumat, 17/07/20	Penuruna kapasitas adaptif intrakranial	14.00	Melakukan pemeriksaan tekanan darah dan megidentifikasi tanda gejala peningkatan TIK TD: 160/82 mmHg , nadi: 80 x/mnt, RR: 18 x/mnt, S: 36,4 °C, SPO ₂ : 97%, GCS E4V5M6, kesadaran composmentis.		Diagnosa Keperawatan 1 S: - Pasien mengatakan kelemahan ditubuh sebelah kiri berkurang	
		14.30	Memonitor nilai MAP: 108 mmHg Nilai normal MAP: 70-105 mmHg (Haryuni, 2017)		O: - Hasil pemeriksaan TTV TD: 160/82 mmHg N: 80 x/mnt RR: 18 x/mnt S: 36,4 °C SPO ₂ : 97%	
		14.35	Mempertahankan posisi semi fowler dengan head up 30°		A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan	

Gangguan mobilitas fisik	15.00	Mengajarkan pasien dan melibatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan (ROM aktif maupun pasif)		Diagnosa Keperawatan 2 S: - Pasien mengatakan tubuh sebelah kiri kelemahannya berkurang - Pasien mengatakan sudah bisa mempraktekan ROM yang diajarkan - Pasien mengatakan sudah mampu melakukan alih baring dengan bantuan dri keluarganya. O: - Pasien tampak memahami ROM yang diajarkan - Pasien sudah mampu melakukan alih baring dengan bantuan dari keluarga - Kekuatan oto meningkat $\begin{array}{r l} 5555 & 4444 \\ \hline 5555 & 4444 \end{array}$ A: Masalah tertasi sebagian P: Intervensi dipertahankan	
	15.30	Mengevaluasi pasien dan keluarga dalam melakukan alih baring (miring kanan, miring kiri)			
	16.00	Memberikan hasil kolaborasi Inj. Santagesik 2ml, Inj. Mecobalamin 2ml, Inj. Vit. B1 10ml, novorapid 8ui.			
	16.25	Memastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci Memasang <i>Handrall</i> tempat tidur			
	17.45	Memberikan hasil kolaborasi acarbose 50 mg 15 menit sebelum makan.			
	19.00	Memberikan hasil kolaborasi Inj. Lantus 14 ui,			
	20.00	Memberikan hasil kolaborasi inj. Novorapid 8ui, oral aspilet 80mg, oral simvastatin 40mg, oral glimepirid 4mg, oral KSR, dan kapsul garam.			
Risiko jatuh			Diagnosa Keperawatan 3 S: - O:		

					<ul style="list-style-type: none"> - Parese sebelah kiri - Kekuatan otot mningkat <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi dipertahankan</p>	
Sabtu, 18/07/20	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial	06.30	Melakukan pemeriksaan kadar gula dalam darah. GDA: 156 mg/dl		<p>Diagnosa Keperawatan 1</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kelemahan ditubuh sebelah kiri berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Advis dokter; pasien disuruh nerlatih untuk duduk di tempat tidur secara bertahap dan belum boleh turun dari tempat tidur - Hasil pemeriksaan TTV TD: 149/80 mmHg N: 83 x/mnt RR: 18 x/mnt S: 36,5 °C SPO₂: 98% <p>A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dipertahankan</p>	
		07.00	Melakukan pemeriksaan darah didapatkan hasil: TD: 160/82 mmHg , nadi: 80 x/mnt, RR: 18 x/mnt, S: 36,4 °C, SPO ₂ : 97%, GCS E4V5M6, kesadaran composmentis.			
		07.15	Mempertahankan posisi semi fowler dengan head up 30 ⁰			
		07.45	Memberikan hasil kolaborasi acarbose 50 mg 15 menit sebelum makan.			
	Gangguan mobilitas fisik	08.00	Memberikan hasil kolaborasi Inj. Santagesik 2ml, Inj. Mecobalamin 2ml, Inj. Vit. B1 10ml, novorapid 8ui, oral KSR			
		09.10	Mengevaluasi pasien dalam melakukan latihan ROM aktif maupun pasif			
		09.35	Mengevaluasi pasien dalam melakukan alih baring (miring kanan, miring kiri)			
		10.00	Melakukan pemeriksaan kadar gula darah GDA: 134 mg/dl			
					<p>Diagnosa Keperawatan 2</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kelemahan ditubuh sebelah kiri berkurang 	 <i>Husna</i>

					secara bertahap dan belum boleh turun dari tempat tidur - Kekuatan otot meningkat A: Masalah teratasi P: Intervensi dipertahankan	
Minggu, 19/07/20	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial Risiko jatuh	21.00	Memonitor keadaan umum pasien, kesadaran composmentis GCS E4V5M6		Diagnosa Keperawatan 1 S: - Pasien mengatakan tubuh sebelah kiri sudah tidak mengalami kelemahan	
		22.00	Memastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci Memasang <i>Handrall</i> tempat tidur		O: - Hasil pemeriksaan TTV TD: 140/82 mmHg N: 88 x/mnt RR: 18 x/mnt S: 36 °C SPO ₂ : 97%	
		23.00	Memonitor pasien istirahat tidur		- Advis dokter KCL 40 meq stop	
		24.00	Memberikan hasil kolaborasi Inj. Santagesik 2ml, Inj. Mecobalamin 2ml, Inj. Vit. B1 10ml		A: Masalah tertasi P: Intervensi dihentikan	
		02.00	Memonitor pasien istirahat tidur		Diagnosa Keperawatan 2 S: - Pasien mengatakan tubuh sebelah kiri sudah tidak mengalami kelemahan	
		03.00	Mengganti cairan infus RL 7 Tpm, KCL 40 meq stop.		O: - Pasien tampak senang saat berlatih duduk	
		05.00	Melakukan pemeriksaan darah didapatkan hasil: TD: 140/82 mmHg , nadi: 88 x/mnt, RR: 18 x/mnt, S: 36 °C, SPO ₂ : 97%, GCS E4V5M6, kesadaran composmentis.			
		06.00	Melakukan pemeriksaan kadar gula darah GDA: 138 mg/dl			

	Gangguan mobilitas fisik	06.30	Mengajarkan pasien dan keluarga cara mobilisasi duduk ditempat tidur		<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisasi duduk ditempat tidur masih dibantu - Kekuatan otot meningkat <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5555</td> <td style="padding: 0 5px;"> </td> <td style="padding: 0 5px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5555</td> <td style="padding: 0 5px;"> </td> <td style="padding: 0 5px;">5555</td> </tr> </table> <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan</p> <p>Diagnosa Keperawatan 3</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisasi pasien bebas - Pasien tidak lemah - Kekuatan otot meningkat <p>A: Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>	5555		5555	5555		5555	
5555		5555										
5555		5555										

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis CVA Ibfark di Ruang Mirah RS PHC Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 15 Juli 2020 sampai dengan 08 November 2019. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

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

4.1.1 Identitas

Data yang didapatkan pasien bernama Ny. S berjenis kelamin perempuan berusia 37 tahun dan pendidikan terakhir SMA. Jenis kelamin laki-laki memiliki prevalensi yang lebih tinggi terkena stroke dari pada yang berjenis kelamin perempuan karena laki-laki memiliki prevalensi yang tinggi untuk faktor risiko seperti merokok, kolesterol tinggi dan jantung koroner. Hal ini menggambarkan bahwa kondisi ini diduga berhubungan dengan *lifestyle* yang berkaitan dengan faktor risiko di kehidupan sehari-hari seperti mengkonsumsi alkohol, kebiasaan merokok, dan dislipidemia. Studi yang dilakukan Gibson, 2013 mengatakan

laki-laki lebih rentan terkena stroke iskemik sedangkan perempuan lebih cendeung

untuk terkena stroke hemoragik dan memiliki risiko kematian lebih banyak dari pada laki-laki (Made, Sultradewi, Dharmawan, & Fatmawati, 2019). Hal ini disebabkan karena perempuan lebih terlindungi dari penyakit jantung dan stroke sampai umur pertengahan akibat hormone estrogen yang dimilikinya. Akan tetapi setelah menopause perempuan sama dengan laki-laki untuk terkena serangan stroke dan penyakit jantung.

Stroke dapat menyerang siapa saja, bahkan yang berusia muda. Menurut hasil studi yang dilakukan (Saefulloh, 2016) mengatakan bahwa kelompok usia <50 tahun sering mengalami kejadian stroke iskemik. Hasil studi oleh (Rezha, 2019) megatakan usia tidak mempengaruhi mortalitas pasien yang mengalami stroke iskemik dan usia tua bukan berarti menjadi faktor risiko yang pertama stroke karena usia muda dalam penelitian lebih tinggi faktor risiko yang dapat menyebabkan stroke iskemik.

Usia pasien saat terkena stroke merupakan salah satu faktor yang menentukan keluaran atau prognosis dari stroke iskemik itu sendiri (Dash, Bhashin, Pandit, Tripathi, & Prasad, 2014) . Semakin tua seseorang, akan lebih tinggi derajat morbiditas, mortalitas dan keluaran baik yang lebih lama. Usia sendiri sering dijadikan parameter untuk memprediksi keluaran pasien stroke iskemik. Semakin bertambahnya usia seseorang setelah melewati 30 tahun, secara fisiologis fungsi dari organ tubuh akan menurun (Rezha, 2019). Dengan bertambahnya usia pada pembuluh darah terjadi penebalan intima akibat suatu proses aterosklerosis dan tunika intima karena proses aterosklerosis dan tunika

media karena proses menua. Maka risiko stroke iskemik dan perdarahan intra serebral juga meningkat, ditunjukkan bahwa risiko stroke iskemik dan stroke perdarahan intraserebral meningkat 2x lipat setiap dekadenya setelah usia 55 tahun (Goldstein, 2011) dalam (Rezha, 2019).

Penyakit stroke tidak hanya terjadi pada usia lansia saja, tetapi sekarang juga terjadi pada usia produktif dibawah 45 tahun, bahkan ada penderita stroke yang berusia dibawah 30 tahun (Junaidi, 2014) dalam (Laily, 2017). Oleh karena itu, penyakit stroke yang dahulu diderita pada usia lansia sekarang juga diderita pada usia produktif, hal ini disebabkan karena gaya hidup masyarakat jaman sekarang yang tidak sehat seperti kebiasaan merokok, makan makanan yang tidak sehat, dan kurang aktivitas

4.1.2 Riwayat sakit dan kesehatan

Keluhan utama masuk rumah sakit Ny. S mengeluh badan lemah serta badan sebelah kiri mengalami kelemahan dan Ny. S mengeluh sakit kepala sejak hari jum'at. Data objektif yang didapatkan pasien tampak lemah, kesadaran composmentis, GCS E4V5M6, dan hasil pemeriksaan CT-Scan Kepala didapatkan hasil tampak area hypodens multiple, sebagian berbatas tidak tegas dan sebagian berbatas tegas dicorona radiata kanan kiri, nucleus caudatus kanan dan capsula interna kiri. Menurut (Tarwoto., 2013) Keluhan yang di dapatkan adalah gangguan motoric kelemahan anggota gerak setelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi , nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran. Menurut opini penulis kelemahan tubuh bagian kiri yang dirasakn oleh pasien itu akibat dari pembuluh darah yang tersumbat sehingga menyebabkan stroke iskemik.

1. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu didapatkan data Ny. S mengatakan mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan diabetes mellitus. Hipertensi merupakan faktor resiko utama dari penyakit stroke iskemik, baik tekanan sistolik maupun tekanan diastolik yang tinggi. Semakin tinggi tekanan darah seseorang, maka semakin besar resiko untuk terkena stroke. Kejadian stroke iskemik lebih banyak pada orang-orang yang memiliki tekanan darah tinggi, terutama pada golongan hipertensi yang tekanan sistolik $> 140 - 160$ atau diastolik $> 90 - 100$ mmHg (Kabi et al., 2015) dalam (Rezha, 2019). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien mendapatkan serangan stroke pertama kali memiliki status hipertensi atau tekanan darah yang tinggi. Faktor resiko utama penyakit stroke iskemik, baik tekanan sistolik maupun tekanan diastolik yang tinggi. Semakin tinggi tekanan darah seseorang maka semakin besar resiko untuk terkena stroke.

Hasil studi dari (Laily, 2017) mengatakan bahwa stroke iskemik paling banyak terjadi pada pasien hipertensi. Semakin tinggi tekanan darah, maka semakin berisiko terkena stroke. Seseorang yang memiliki hipertensi berisiko 3-4 kali mengalami stroke dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki hipertensi. Menurut opini peneliti hipertensi berhubungan dengan stroke karena adanya perubahan struktur pembuluh darah arteri yang menyempit sehingga pembuluh darah ke otak berkurang sehingga terjadi proses penyumbatan di otak. Plak aterosklerosis yang terdapat didalam pembuluh darah akan menyebabkan thrombus yang akan menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak atau bahkan bisa sampai menghambat aliran darah ke otak, hal ini terjadi sesuai dengan diameter pembuluh darah. Trombus yang tidak stabil akan

terlepas dan menjadi emboli yang akan menyumbat aliran didalam pembuluh darah sesuai dengan tempat dimana emboli tersebut tersangkut (Agustina, 2009) dalam (Laily, 2017).

Diabetes melitus dapat menjadi salah satu faktor risiko penyakit stroke karena semakin tinggi kadar gula darah seseorang, semakin mudah pula terserang penyakit stroke (Pinzon, 2019). Menurut penelitian (Udan, 2013) mengatakan bahwa ada hubungan antara faktor resiko diabetes melitus dengan kejadian menderita stroke, hal ini menunjukkan bahwa diabetes mellitus kecenderungan dua kali lipat mengakibatkan berbagai penyakit pembuluh darah, akan tetapi hanya sebagian kecil efek diabetes mellitus dikarenakan oleh lemak darah, tekanan darah dan obesitas. Opini peneliti temuan ini menunjukkan bahwa diabetes mellitus dapat mengakibatkan efek yang cukup berbahaya.

Menurut National Stroke Association (2018) dalam (Made et al., 2019), diabetes memberikan dampak yang tidak baik pada jaringan tubuh, menyebabkan peningkatan deposit lemak atau pembekuan di bagian dalam dinding pembuluh darah dan dapat mempercepat terjadinya aterosklerosis baik pada pembuluh darah kecil maupun besar termasuk pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak. Keadaan pembuluh darah otak yang sudah mengalami aterosklerosis sangat berisiko untuk mengalami sumbatan maupun pecahnya pembuluh darah yang mengakibatkan timbulnya serangan stroke.

2. Riwayat penyakit keluarga

Pada pengkajian riwayat keluarga didapatkan hasil Ny. S mengatakan bahwa orang tua laki-laki nya memiliki riwayat hipertensi. Faktor genetik yang sangat berperan pada kasus stroke antara lain adalah tekanan darah tinggi,

penyakit jantung, diabetes dan cacat pada bentuk pembuluh darah. Riwayat keluarga merupakan salah satu faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian stroke. Disamping itu gaya hidup pada suatu keluarga juga dapat mendukung faktor risiko stroke. Risiko untuk terjadinya stroke pada usia muda pada responden dengan ada riwayat stroke pada keluarga lebih besar dibanding dengan tidak ada riwayat stroke pada keluarga (Saefulloh, 2016).

4.1.3 Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa digunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Adapun pemeriksaan fisik dilakukan berdasarkan persistem seperti yang diuraikan sebagai berikut:

1. Pemeriksaan B1 (*Breathing*)

Pada pemeriksaan fisik B1 (*Breath*) didapatkan hasil pemeriksaan bentuk dada normochest, tidak terdapat otot bantu nafas, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, penggunaan alat bantu nafas O₂ nasal 2 Lpm, irama nafas reguler, pola nafas normal (apnea) dengan frekuensi nafas 20 x/mnt, SPO₂ 98%, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada sesak nafas, tidak terdapat spurum, tidak ada batuk, dan tidak terdapat suara nafas tambahan ronchi (-/-), tidak ada wheezing (-/-) , tidak ada retraksi dinding dada. Penulis berpendapat bahwa tidak terdapat gangguan pada sistem pernafasan pasien karena dari hasil data yang didapatkan tidak menunjukkan adanya gangguan.

Secara teori pada pasien CVA Infark masalah keperawatan yang muncul adalah bersihan jalan nafas tidak efektif tetapi pada pasien tidak ditemukan masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif karena pasien tersebut

tidak menunjukkan adanya gejala yang mengarah ke masalah keawatan bersihan jalan nafas.

2. Pemeriksaan B2 (*Blood*)

Pada pemeriksaan fisik B2 (*Blood*) didapatkan hasil pemeriksaan tidak terdapat nyeri dada, irama jantung reguler, bunyi jantung S1-S2 tunggal, CRT <2 detik, akral HKM (hangat, kering, merah), ada riwayat hipertensi, tidak terdapat perdarahan, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, terpasang infus tangan sebelah kanan, tekanan darah 170/108 mmHg, nadi 92 x/mnt. Secara teori pada pasien stroke tekanan darah biasanya terjadi peningkatan sehingga terjadi hipertensi masif dengan tekanan darah > 200 mmHg.

Penulis berpendapat pada pemeriksaan sistem kardiovaskuler terdapat hasil tekanan darah yang abnormal dimana tekanan darah yang tinggi dapat mempengaruhi autoregulasi aliran darah ke otak yang berdampak pada percepatan muncul dan bertambah hebatnya aterosklerosis serta munculnya lesi spesifik pada arteri intraserebral. Hasil studi dari (Laily, 2017) mengatakan bahwa stroke iskemik paling banyak terjadi pada pasien hipertensi. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak yang mengakibatkan perdarahan otak dan apabila pembuluh darah otak menyempit maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel – sel otak akan mengalami kematian.

3. Pemeriksaan B3 (*Brain*)

Pada pemeriksaan fisik B3 (*Brain*) didapatkan hasil GCS E4V5M6, bentuk kepala simetris, terdapat nyeri kepala, terdapat paralisis ekstermitas kiri dan tidak ada lesi dikepala. Saat dilakukan pengkajian persyarafan didapatkan kelemahan

fisik pada ekstermitas atas dan bawah bagian kiri. Hasil pemeriksaan CT-Scan Kepala didapatkan hasil tampak area hypodens multiple, sebagian berbatas tidak tegas dan sebagian berbatas tegas dicorona radiata kanan kiri, nucleus caudatus kanan dan capsula interna kiri. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari (Tarwoto., 2013) Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

4. Pemeriksaan B4 (*Bladder*)

Pada pemeriksaan fisik B4 (*Bladder*) didapatkan hasil pemeriksaan eliminasi urin SMRS tidak terdapat gangguan dengan frekuensi 4 – 5 kali sehari dengan jumlah 500 cc, warna kekuningan, frekuensi minum 1,5 L sehari. Eliminasi urin saat MRS frekuensi 2 – 3 kali sehari dengan jumlah 300 cc, warna kekuningan, frekuensi minum 600 ml. Pasien tidak menggunakan alat bantu apapun, tidak terpasang kateter, pasien tidak menggunakan diapers, pasien menggunakan penampung urin atau pispot untuk BAK, tidak ada distensi kandung kemih dan nyeri tekan. Secara teori pada pasien stroke klien mungkin mengalami inkontinesia urine sementara karena kebingungan, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Namun tetapi pada pasien,

pemeriksaan diatas tidak ditemukan masalah pada sistem perkemihan pasien karena dari hasil yang didapatkan tidak menunjukkan adanya gangguan.

5. Pemeriksaan B5 (*Bowel*)

Pada pemeriksaan fisik B5 (*Bowel*) didapatkan hasil mulut bersih, mukosa bibir kering, tidak terdapat gigi palsu, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pantangan makanan, nafsu mkaan pasien SMRS baik, nafsu makan saat MRS menurun hanya habis ½ porsi, tidak ada mual ataupun muntah, makna 3 x sehari, pasien mendapatkan diit TKTP (tinggi kalori tinggi protein). Secara teori pada pasien stroke didapatkan keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut sehingga muncul masalah keperawatan gangguan menelan dan defisit nutrisi. Pada Pasien Ny. S didapatkan hasil tidak ada gangguan menelan, bentuk abdomen normal, tidak terdapat kelainan abdomen, tidak ada hemoroid. Sejak MRS pasien belum BAB. Pasien tidak menggunakna alat bantu apapun, tidak terpasang NGT, tidak terdapat nyeri tekan abdomen, sehingga tidak didapatkan masalah atau gangguan pada sistem pencernaan.

6. Pemeriksaan B6 (*Bone*)

Pada pemeriksaan fisik B6 (*Bone*) didapatkan hasil rambut pasien tidak rontok, tidak ada fraktur, warna kulit sawo matang, kuku bersih, turgor kulit elastis. ROM pasien terbatas, pasien tampak hati-hati dalam melakukan mobilisasi, pasien terbatas dalam bergerak, pasien dianjurkan miring kanan, miring kiri dan tidak boleh duduk ataupun turun dari bed/tempat tidur. Terdapat parase disebelah kiri dengan kekuatan otot : 5555 3333

5555	3333	3333
5555		3333

Penurunan kemampuan dalam menggerakkan otot pada anggota tubuh seseorang pasien yang mengalami stroke dikarenakan mengalami kelemahan pada satu sisi anggota tubuh. Pada pemeriksaan Ny. S didapatkan hasil kekuatan otot menurun. Menurut (Tarwoto., 2013) Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi. Menurut pandangan penulis pasien mengalami kelemahan otot disebabkan tidak cukupnya aliran darah untuk memperdarahi area yang mensyarafi N XI (berfungsi untuk menggerakkan ekstermitas sebelah kiri), sehingga bisa muncul masalah keperawatan seperti gangguan mobilitas fisik serta risiko jatuh karena kekuatan otot menurun.

7. Pemeriksaan tingkat kesadaran

Secara teori pada pengkajian tingkat kesadaran Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan klien dan respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan. Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian

asuhan. Pada pasien saat pengkajian tingkat kesadaran didapatkan hasil kesadaran composmentis dengan GCS E4V5M6.

8. Pemeriksaan sistem penginderaan

Pemeriksaan fisik sistem penginderaan didapatkan hasil pemeriksaan pada mata tidak ada pembengkakan palpebra, mata simetris, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, pergerakan bola mata normal, pupil bulat isokor. Pada pemeriksaan hidung tidak terdapat deviasi septum, tidak ada polip, tidak ada sekret. Pada pemeriksaan pengecap tidak ada stomatitis, tidak ada bau mulut, membrane mukosa bibir kering, kebersihan mulut bersih. Pada pemeriksaan pendengaran didapatkan bentuk telinga normal, telinga bersih tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran. Tidak terdapat gangguan pada sistem penginderaan.

9. Pemeriksaan sistem endokrin

Pada pemeriksaan endokrin didapatkan hasil pasien memiliki riwayat diabetes mellitus dan menggunakan, , hasil pemeriksaan gula darah 187 mg/dl. Opini peneliti pada pemeriksaan endokrin pasien mengalami gangguan ketidakstabilan kadar glukosa dan pasien memiliki riwayat diabetes. Individu dengan diabetes mellitus mempunyai kepekaan yang tinggi terhadap terjadinya aterosklerosis dan berhubungan dengan faktor risiko aterogenik yang lain khususnya hipertensi, obesitas dan dislipidemia. Menurut (Darotin, Nurdiana, & Nasution, 2017) bahwa mempertahankan kondisi normoglikemia menjadi bagian yang penting dalam penatalaksanaan stroke. Kadar gula darah diusahakan secepat mungkin dikontrol dalam rentang 100-150 mg/ dL. Sedangkan untuk penderita diabetes mellitus, disarankan target gula darah antara 100-200 mg/dL.

10. Pola tidur

Pemeriksaan pola istirahat tidur jam tidur pasien SMRS malam pukul 22.00 – 05.00 WIB, siang pukul 13.00 – 14.30 WIB. Pola tidur saat MRS malam pukul 21.00 – 05.00 WIB dan tidur siang pukul 12.00 – 14.00 WIB. Kualitas tidur bukan merupakan risiko yang berperan secara langsung terhadap kejadian stroke iskemik melainkan merupakan faktor yang melindungi atau bersifat protektif. Kualitas tidur yang baik merupakan faktor protektif pada kejadian stroke iskemik (Lidia, An, & Kahtan, 2015). Tidur merupakan waktu yang diperlukan untuk memperbaiki dan menyiapkan energi yang akan dipergunakan setelah periode istirahat. Penggunaan energi selama sehari penuh perlu diganti dengan periode istirahat pada waktu malam hari, hal ini bertujuan untuk mengurangi penggunaan energi. Tidur merupakan dasar pemeliharaan dan adaptasi fungsi tubuh selain untuk menyediakan energi kegiatan berikutnya dan pemulihan, tidur juga memungkinkan terjaganya kebugaran tubuh dan pikiran. Selama periode tidur otak mempertahankan kemampuan memori jangka panjang, mengintegrasikan informasi yang baru dan memperbaiki jaringan otak melalui pembaharuan jaringan dan sel saraf. Tidur berfungsi untuk mempertahankan fungsi fisiologis, psikologi, memori, regulasi hormon dan aktivitas sistem imun.

11. Sistem reproduksi

Pemeriksaan sistem reproduksi didapatkan hasil Ny. S menggunakan KB suntik setelah melahirkan anak ke 2 dan sampai sekarang masih memakai KB suntik. Perempuan yang menggunakan kontrasepsi oral mempunyai risiko lebih tinggi daripada yang tidak menggunakannya. Penggunaan kontrasepsi oral dapat menyebabkan hiperkoagulabilitas darah yang distimulasi oleh estrogen sehingga

akan berakibat menjadi emboli. Emboli akan berjalan di pembuluh darah mengikuti aliran darah dan akan menyumbat pembuluh darah otak sehingga terjadi iskemik jaringan karena penurunan suplai oksigen dan nutrisi ke otak (Sujiwa, 2013).

12. Personal Hygiene

Hasil pengkajian pada Ny. S didapatkan hasil pasien mengatakan sebelum masuk rumah saki pasien mandi 2x sehari, keramas 2-3x/minggu, sikat gigi 2x sehari, berganti pakaian 2-3x sehari, memotong kuku 1x/minggu. Sedangkan ketika masuk rumah sakit pasien mengatakan mandi seka 2x sehari dibantu keluarga atau perawat, menyikat gigi 2x sehari dibantu keluarga, pasien belum keramas, berganti pakaian 2x sehari dan pasien belum potong kuku ketika masuk rumah sakit. Pemeliharaan personal hygiene berarti indakan memelihara kebersihan dan kesehatan diri seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikisnya. Banyak manfaat yang dapat didapat dengan merawat personal hygiene, memperbaiki personal hygiene, mencegah penyakit, meningkatkan kepercayaan diri dan menciptakan keindahan. Personal hygiene seseorang menentukan status kesehatan secara sadar dalam menjaga kesehatan dan mencegah terjadinya penyakit, terutama penyakit kulit (Prayogi & Kurniawan, 2016). Personal hygiene pasien menggambarkan jika pasien masih menjaga kebersihan dirinya ketika dirawat dirumah sakit dengan seka, sehingga pasien tidak tampak kotor dan tidak ada bau badan.

13. Psicososiocultural

Pola psicososiocultural didapatkan, pasien mengatakan ketika masuk rumah sakit yang menunggu pasien kadang suaminya dan kadang anaknya atau ibu

pasien. Pasien mengatakan bahasa yang digunakan sehari-hari untuk berkomunikasi dengan keluarga dan orang lain adalah bahasa Indonesia atau bahasa Madura. Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan pulang kerumah. Pasien yang tabah dan sabar dalam menghadapi sakit yang dialami akan membuat ketenangan dan ketentraman hati, hal ini bisa dicerminkan dari penurunan kadar cortisol. Adapun penurunan kortisol dapat mengindikasikan pasien stroke iskemik mengalami proses perbaikan karena proses antinflamasi akut sudah terlewati (Widarti, Mahfoed, Kuntoro, & Sudiana, 2012). Respons biologis tersebut dapat mencegah terjadinya proses inflamasi lebih lanjut maupun perluasan infark serebri, sehingga kecacatan akibat stroke iskemik bisa dicegah dan penderita tetap produktif.

14. Pola aktivitas

Pola aktivitas dan latihan pasien didapatkan, pasien mengatakan ketika sebelum masuk rumah sakit aktivitas pasien seperti berjalan, menaiki tangga dilakukan pasien secara mandiri, sedangkan ketika masuk rumah sakit pasien mengatakan untuk BAB dan BAK dibantu keluarga maupun perawata, karena pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri. Aktivitas fisik dianjurkan terhadap setiap orang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesegaran tubuh. Aktivitas fisik berguna untuk melancarkan peredaran darah dan membakar kalori dalam tubuh. Aktivitas pada Ny. S masih dibantu oleh keluarga maupun perawat dalam melakukan miring kanan maupun miring kiri.

15. Pola kognitif

Pola kognitif dan perceptual didapatkan pasien mengatakan ini baru pertama kali bagi pasien mengalami sakit stroke dan sebelumnya pasien hanya menderita

penyakit hipertensi serta diabetes mellitus. Kemampuan berbicara pasien baik dan berorientasi dengan baik. Gangguan pada fungsi kognitif dapat mengakibatkan gangguan psikososial apabila tidak ditangani dengan baik, sehingga dapat dikatakan kualitas hidup penderitanya akan menurun. Hal ini disebabkan oleh berbagai kondisi yang dapat meningkatkan risiko stroke iskemik seperti hipertensi, riwayat diabetes melitus yang diperberat oleh kurangnya kesadaran untuk melakukan pola hidup yang sehat serta pemeriksaan kesehatan secara teratur. Gangguan pada fungsi kognitif dapat mengakibatkan gangguan psikososial apabila tidak ditangani dengan baik, sehingga dapat dikatakan kualitas hidup penderitanya akan menurun (Mustikawati, Fibriani, & Ani Rusnani Lestari, 2016).

16. Pola konsep diri

Pola konsep diri didapatkan pasien mengatakan dirinya menyukai apa yang ada ditubuhnya dalam keadaan sehat maupun sakit, pasien juga ingin segera pulang ke rumah dan bisa melakukan hobi memasak dengan anak-anaknya. Pasien adalah seorang ibu rumah tangga, seorang ibu dari dua orang anak. Menurut asumsi peneliti konsep diri yang negatif sangat berpengaruh sekali bagi pasien stroke. Mereka beranggapan bahwa dengan keadaan lumpuh yang dialami ini akan membuat orang-orang disekitar terutama keluarga akan membuat mereka merasa terbebani dengan keadaannya seperti ini. Mereka yang telah menderita stroke mengalami kelumpuhan dan akan bertambah berat sehingga memerlukan ketergantungan pada orang lain dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Keadaan ini sangat mempengaruhi fungsi psikologis dari pasien, pasien merasa dirinya cacat dan kecacatan ini menyebabkan citra diri

terganggu, merasa diri tidak mampu, jelek, memalukan, dan sebagainya yang nantinya akan sangat mengganggu pasien. Psikologis pasien terganggu karena kondisi penyakit yang dideritanya, untuk itu diperlukan peran keluarga dalam merawat pasien dengan membantu meningkatkan mekanisme koping secara adaptif.

17. Pola peran dan hubungan

Pola peran dan hubungan didapatkan, pasien tidak mengalami masalah untuk berhubungan dengan keluarganya maupun tetangga sekitarnya. Pasien mengatakan pernah menjadi ketua kelompok di lingkungan rumahnya pada tahun 2018. Pola hubungan peran meliputi pola komunikasi, interaksi dengan teman dan keluarga, serta bagaimana hubungan sosial baik dukungan secara structural maupun fungsional (Rochmayanti, 2011). Asumsi penulis pasien masih dapat menerima sakitnya karena hubungan pasien dengan keluarga sangat baik karena keluarga pasien juga membantu dalam perawatan pasien selama di rumah sakit.

18. Pola nilai dan kepercayaan

Pola nilai dan kepercayaan didapatkan, pasien menganut agama Islam, pasien mengatakan jika sakit ini adalah berkah dari Allah agar pasien beristirahat sejenak dari kegiatannya, untuk sholat 5 waktu pasien menjalankan dengan tidur diatas tempat tidur dan wudhu di ganti dengan tayamum. Menurut teori dari Utami dan Supratman, (2009) dalam (Luciana, 2019) bahwa seseorang mengalami stroke iskemik akan mempengaruhi beberapa aspek seperti aspek kesehatan fisik, psikologi, sosial dan spiritual. Stroke tidak hanya menyangkut aspek neurulogis saja tetapi berdampaknya pada krisis kepercayaan terhadap

Tuhan pemberi kekuatan, arti hidup yang mengalaminya dan harapan. Asumsi penulis jika dalam keadaan sehat maupun sakit pasien dapat bersyukur dan menerima kondisinya, maka kondisi fisik pasien juga akan mengalami perbaikan sejalan dengan keyakinan pasien terhadap nilai dan kepercayaan yang dianutnya.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial dimana berdasarkan pendidikan dan pengalaman, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga atau menurunkan membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Herdman, 2012). Pada Ny. S muncul 3 diagnosa keperawatan menurut SDKI 2016 adalah sebagai berikut:

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik) yang ditandai dengan pasien mengeluh sakit kepala, mengeluh lemah pada tubuh sebelah kiri. Tekanan darah 170/108 mmHg, nadi 92 x/mnt, respiratory 20 x/mnt, suhu 36,5 0C, kesadaran composmentis, GCS E4V5M6, riwayat hipertensi. Pasien tampak lemah, tampak gelisa. Hasil pemeriksaan laboratorium Natrium 130,4 mmol/L, Kalium 2,76 mmol/L, hasil pemeriksaan CT-Scan tanggal 15 Juli 2020: tampak area hypodens multiple, sebagian berbatas tidak tegas dan sebagian berbatas tegas dicorona radiata kanan, nucleus caudatus kanan dan capsula interna kiri.

Berdasarkan SDKI 2017, diagnosa penurunan kapasitas adaptif intrakranial adalah gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan

kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial. Pada kasus Ny. S penegakkan diagnosa keperawatan ini diharapkan dapat menurunkan tekanan intrakranial yang ditandai dengan adanya perbaikan kesadaran pasien, sakit kepala yang dirasakan pasien berkurang, serta tekanan darah menurun.

Penulis memprioritaskan diagnosa ini karena kondisi pasien dapat menyebabkan peningkatan TIK ditandai dengan tekanan darah meningkat, pasien mengeluh sakit kepala sejak jum'at lalu sehingga diperlukan penanganan yang tepat agar tidak terjadi peningkatan TIK yang memperburuk kondisi pasien.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yang ditandai dengan pasien mengeluh tubuh sebelah kiri mengalami kelemahan sejak jum'at kemaren, pasien mengatakan badannya lemas, pasien terbatas dalam bergerak, kekuatan otot menurun

$$\begin{array}{r|l} 5555 & 3333 \\ \hline 5555 & 3333 \end{array}$$

Diagnosa ini penulis tegakkan karena penulis menemukan data-data pada Ny. S yang mengalami penurunan kekuatan otot, terjadi paresis ditubuh sebelah kiri, pasien tampak lemah, dan Ny. S mengeluh kelemahan pada anggota Tubuh sebelah kiri. Diagnosa ini diprioritaskan menjadi diagnosa kedua karena apabila gangguan mobilitas fisik yang terjadi pada pasien stroke tidak segera diatasi maka akan menyebabkan atrofi otot, serta menyebabkan penurunan sirkulasi yang berakibat lebih lanjut dan akan mengakibatkan iskemik jaringan dan dengan adanya kerusakan sirkulasi ini akan mengakibatkan terjadinya kerusakan pada kulit (dekubitus) (Murti, 2014).

3. Risiko jatuh ditandai dengan faktor risiko kekuatan otot menurun, pasien mengeluh tubuh sebelah kiri mengalami kelemahan, pasien mengalami parase sebelah kiri, pasien tampak lemah, kekuatan otot menurun. Risiko jatuh pada kedua pasien dipicu oleh kekuatan otot yang melemah sehingga penulis menegakkan diagnosa risiko jatuh sebagai diagnosa ketiga. Sebagian besar orang yang selamat dari stroke berisiko tinggi untuk jatuh dalam semua tahap stroke karena stroke memiliki kosekuensi berat terhadap gangguan fisik, kognitif dan psikologis.

4.3 Intervensi

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik)

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 24 jam maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, sakit kepala menurun, tekanan darah membaik (110/80mmHg – 130/80 mmHg), pulse pressure membaik (60 – 100 x/mnt).

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Ny. S adalah melakukan identifikasi penyebab peningkatan TIK (misal: edema serebral), monitor tanda gejala peningkatan TIK (misal: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, kesadaran menurun), monitor nilai MAP, berikan posisi semi fowler.

Intervensi yang diberikan yaitu terapi nonfarmakologi berupa tindakan elevasi kepala atau pemberian posisi semi fowler, posisi kepala yang paling umum yaitu menaikkan kepala dari tempat tidur sekitar 30⁰, intervensi ini dilakukan pada pasien pasca serangan stroke. Elevasi kepala tujuannya untuk

memengaruhi venous return menjadi maksimal sehingga aliran darah ke serebral menjadi lancar, meningkatkan metabolisme jaringan serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, sehingga otak dapat bekerja sesuai fungsinya. Hal ini juga dibuktikan dengan teori menurut Summer,dkk. (2009) dalam (Pertami, Munawaroh, & Rosmala, 2019) menunjukkan bahwa posisi kepala yang lebih tinggi dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan sebral sehingga akan memicu pada peningkatan nilai saturasi oksigen.

Intervensi yang dilakukan yaitu identifikasi penyebab peningkatan TIK (misal: edema serebral), monitor tanda gejala peningkatan TIK (misal: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, kesadaran menurun). Pemantauan TIK digunakan untuk mencegah terjadinya fase kompensasi ke fase dekompensasi. Secara obyektif, pemantauan TIK adalah untuk mengikuti kecenderungan TIK tersebut, karena nilai tekanan menentukan tindakan yang perlu dilakukan agar terhindar dari cedera otak selanjutnya, dimana dapat bersifat ireversibel dan letal. Dengan pemantauan TIK juga kita dapat mengetahui nilai CPP, yang sangat penting, dimana menunjukkan tercapai atau tidaknya perfusi otak begitu juga dengan oksigenasi otak (Amri, 2017).

Beberapa hal yang berperan besar dalam menjaga agar TIK tidak meninggi antara lain adalah:

- a) Mengatur posisi kepala lebih tinggi sekitar 30-45°, dengan tujuan memperbaiki venous return

- b) Mengusahakan tekanan darah yang optimal, tekanan darah yang sangat tinggi dapat menyebabkan edema serebral, sebaliknya tekanan darah
- c) Koreksi kelainan metabolik dan elektrolit. Hiponatremia akan menyebabkan penurunan osmolalitas plasma sehingga akan terjadi edema sitotoksik, sedangkan hipernatremia akan menyebabkan lisisnya sel-sel neuron.
- d) Hindari kondisi hiperglikemia
- e) Hindari beberapa hal yang menyebabkan peninggian tekanan abdominal seperti batuk, mencedas dan penyedotan lendir pernafasan yang berlebihan.

Intervensi yang dilakukan yaitu monitor nilai MAP (Mean Arterial Pressure). Pemantauan tekanan darah dan MAP diperlukan untuk mengetahui atau memperkirakan tekanan perfusi serebral dan tekanan intrakranial. Pemantauan dan pencatatan dilakukan setiap 1 jam (Umam & Susanto, 2019).

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, kelemahan fisik menurun, gerakan terbatas menurun.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Ny. S adalah melakukan identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (Mengajarkan ROM aktif maupun pasif),

ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan alih baring (miring kanan, miring kiri).

Intervensi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan. Hal ini yang dilakukan penulis yaitu mengukur kekuatan otot kemudian melakukan monitoring tanda-tanda vital dan lihat respon pasien saat latihan, tindakan ini dilakukan untuk mengetahui kondisi pasien dan melanjutkan intervensi

Intervensi yang diberikan yaitu mengajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan alih baring atau perubahan posisi setiap 2 jam sekali, pengaturan atau perubahan posisi ini bertujuan untuk mempertahankan atau menjaga postur tubuh dengan baik dan menghindari komplikasi yang mungkin timbul akibat tirah baring seperti luka tekan (dekubitus), luka tekan dapat terjadi dalam waktu 3 hari sejak terpaparnya kulit akan tekanan. Jika penekanan ini berlangsung dalam waktu yang lama, maka akan ada akibat-akibat yang merugikan bagi aliran darah, akan timbul masalah dalam peredaran zat-zat makanan dan zat asam yang harus disalurkan pada bagian-bagian kulit yang mengalami penekanan, jaringan-jaringan yang tidak mendapat cukup makan dan zat-zat asam perlahan akan mati, dari sinilah kemudian akan menimbulkan luka tekan (dekubitus) (Ginsbreg, 2008) dalam (Umam & Susanto, 2019).

Intervensi yang mengajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan ROM aktif dan pasif minimal 2 kali sehari, ROM baik pasif maupun aktif memberikan efek pada fungsi motorik pada anggota ekstremitas atas pada pasien pasca stroke (Chaidir & Zuardi, 2014). Rentang gerak pasif ini

berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien, sedangkan rentang gerak aktif berguna untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya saat pasien berbaring pasien menggerakkan tangan atau kakinya sendiri tanpa bantuan (Chaidir & Zuardi, 2014). Opini penulis dalam mencapai intervensi yang optimal pasien dan keluarga selalu diberikan motivasi supaya apa yang diajarkan akan selalu diterapkan oleh pasien untuk mempercepat kesembuhan.

3. Risiko jatuh ditandai dengan faktor risiko kekuatan otot menurun

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat duduk menurun, jatuh saat berjalan menurun.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Ny. S adalah melakukan identifikasi faktor risiko jatuh (penurunan tingkat kesadaran, kekuatan otot), menghitung risiko jatuh menggunakan skala (misal: Fall Morse Scale), pastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci, pasang handrall tempat tidur, pasang gelang risiko jatuh, anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan sesuatu.

Risiko jatuh pada Ny. S dipicu oleh kekuatan otot yang melemah sehingga diberikan intervensi mengidentifikasi faktor risiko jatuh setidaknya dilakukan sekali setiap shif untuk menghindari risiko jatuh pada pasien. Menghitung risiko jatuh dengan fall morse scale yaitu untuk menilai kemungkinan pasien

jatuh. Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci serta selalu memasang handrall setelah selesai melakukan tindakan merupakan intervensi yang sederhana untuk mengurangi risiko jatuh dari tempat tidur. Intervensi pemasangan gelang risiko jatuh merupakan salah satu dari enam sasaran keselamatan pasien dirumah sakit. Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan sesuatu, intervensi ini diberikan karena dapat membantu mengurangi faktor risiko jatuh.

4.4 Implementasi

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan Ny. S yang sebenarnya.

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik)

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien mengeluh sakit kepala, mengeluh lemah pada tubuh sebelah kiri. Tekanan darah 170/108 mmHg, nadi 92 x/mnt, respiratory 20 x/mnt, suhu 36,5 0C, kesadaran composmentis, GCS E4V5M6, riwayat hipertensi. Pasien tampak lemah, tampak gelisa. Hasil pemeriksaan laboratorium Natrium 130,4 mmol/L, Kalium 2,76 mmol/L, hasil pemeriksaan CT-Scan tanggal 15 Juli 2020: tampak area hypodens multiple, sebagian terbatas tidak tegas dan

sebagian berbatas tegas dicorona radiata kanan, nucleus caudatus kanan dan capsula interna kiri

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan yaitu: memantau tanda gejala peningkatan TIK (misal: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, kesadaran menurun) untuk mencegah agar terhindar dari hal yang tidak diinginkan, memonitor nilai MAP untuk mengetahui atau memperkirakan tekanan perfusi serebral dan tekanan intrakranial, pemantauan dan pencatatan dilakukan setiap 1 jam, memberikan posisi semi fowler tujuannya untuk memengaruhi venous return menjadi maksimal sehingga aliran darah ke serebral menjadi lancar, meningkatkan metabolisme jaringan serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, sehingga otak dapat bekerja sesuai fungsinya serta memberikan hasil kolaborasi.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Data yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien mengeluh tubuh sebelah kiri mengalami kelemahan sejak jum'at kemaren, pasien mengatakan badannya lemas, pasien terbatas dalam bergerak, kekuatan otot menurun

5555	3333
5555	3333

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan yaitu: mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan dengan mengkaji kekuatan otot pasien, monitor tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (Mengajarkan ROM aktif maupun pasif ,

mengajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan alih baring (miring kanan, miring kiri).

3. Risiko jatuh ditandai dengan faktor risiko kekuatan otot menurun

Data yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien mengeluh tubuh sebelah kiri mengalami kelemahan, pasien mengalami parase sebelah kiri, pasien tampak lemah, kekuatan otot menurun.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan yaitu: mengidentifikasi faktor risiko jatuh (penurunan tingkat kesadaran, kekuatan otot) dilakukan setiap satu kali dalam pergantian shift, menghitung risiko jatuh menggunakan skala (misal: Fall Morse Scale), memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci, memasang handrall tempat tidur dilakukan setelah selesai melakukan tindakan, memasang gelang risiko jatuh tindakan awal yang dilakukan saat pasien datang ke rumah sakit, menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan sesuatu.

4.5 Evaluasi

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

(dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir.

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik)

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. S adalah sebagai berikut: pasien mengatakan tubuh sebelah kiri mengalami kelemahan, pasien mengatakan kepalanya sakit. Pasien tampak lemah, pasien terpasang O₂ nasal 2 Lpm, hasil pemeriksaan TTV; TD: 170/108 mmHg, N: 92 x/mnt, RR: 20 x/mnt, S: 36,5 °C, SPO₂: 98%. Masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan no. 2, 3, 4, 5.

Pada hari kedua perawatan didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. S sebagai berikut: pasien mengatakan sakit kepala sudah berkurang, pasien mengatakan bagian tubuh sebelah kiri masih mengalami kelemahan. Pasien tampak lemah dan hasil pemeriksaan TTV didapatkan hasil TD: 151/92 mmHg, N: 88 x/mnt, RR: 18 x/mnt, S: 36,2 °C, SPO₂: 97%. Masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan no. 2,3,4,5.

Pada hari ketiga perawatan didapatkan hasil evaluais tindakan keperawatan pada Ny. S sebagai berikut: pasien mengatakan kelemahan ditubuh sebelah kiri berkurang. Hasil pemeriksaan TTV TD: 160/82 mmHg, N: 80 x/mnt, RR: 18 x/mnt, S: 36,4 °C, SPO₂: 97%. Masalah teratasi sebagian, intervensi dipertahankan.

Pada hari ke empat perawatan didapatkan hasl evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. S sebagai berikut: pasien mengatakan kelemahan

anggota tubuh sebelah kiri berkurang. Hasil pemeriksaan TTV didapatkan hasil TD: 149/80 mmHg, N: 83 x/mnt, RR: 18 x/mnt, S: 36,5 °C, SPO₂: 98%. Masalah teratasi sebagian, intervensi dipertahankan.

Pada hari ke lima perawatan didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. S sebagai berikut: pasien mengatakan tubuh sebelah kiri tidak lagi mengalami kelemahan. Hasil pemeriksaan TTV TD: 140/82 mmHg, N: 88 x/mnt, RR: 18 x/mnt, S: 36 °C, SPO₂: 97%. Masalah teratasi, intervensi dihentikan.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. S sebagai berikut: pasien mengatakan tubuh sebelah kiri mengalami kelemahan. Pasien terbatas dalam gerak, pasien tampak lemah, parase sebelah kiri, kekuatan otot menurun pada ekstermitas kiri atas 3333 dan ekstermitas kiri bawah 3333. Masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan no. 1, 2, 3, 4.

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. S sebagai berikut: pasien mengatakan tubuh sebelah kiri mengalami kelemahan. Pasien terbatas dalam gerak, pasien tampak lemah, parase sebelah kiri, kekuatan otot menurun pada ekstermitas kiri atas 3333 dan ekstermitas kiri bawah 3333. Masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan no. 1, 2, 3, 4.

Pada hari ketiga perawatan didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. S sebagai berikut: pasien mengatakan tubuh sebelah kiri kelemahannya berkurang, pasien mengatakan sudah bisa

mempraktekan ROM yang diajarkan, pasien mengatakan sudah mampu melakukan alih baring dengan bantuan dari keluarganya. Pasien tampak memahami ROM yang diajarkan, pasien sudah mampu melakukan alih baring dengan bantuan dari keluarga, kekuatan otot meningkat pada ekstermitas atas kiri 4444 dan ekstermitas kiri bawah 4444. Masalah teratasi sebagian, intervensi dipertahankan.

Pada hari ke empat pasien dirawat didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. S sebagai berikut: pasien mengatakan kelemahan tubuh sebelah kiri berkurang, pasien mengatakan sudah bisa melakukan alih baring tanpa dibantu oleh keluarga. Pasien tampak sudah bisa melakukan alih baring tanpa dibantu keluarga, pasien sudah bisa melakukan ROM aktif maupun pasif, advis dokter; pasien disuruh berlatih untuk duduk di tempat tidur secara bertahap dan belum boleh turun dari tempat tidur, kekuatan otot meningkat pada ekstermitas kiri atas 5555 dan ekstermitas kiri bawah 5555. Masalah teratasi, intervensi dipertahankan.

Pada hari ke lima perawatan didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. S sebagai berikut: Pasien mengatakan tubuh sebelah kiri sudah tidak mengalami kelemahan. Pasien tampak senang saat berlatih duduk, mobilisasi duduk ditempat tidur masih dibantu, kekuatan otot meningkat. Masalah teratasi intervensi dihentikan.

3. Risiko jatuh ditandai dengan faktor risiko kekuatan otot menurun

Pada hari pertama perawatan didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. S sebagai berikut: pasien tampak lemah, parase

sebelah kiri, kekuatan otot menurun. Masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan no. 1, 2.

Pada hari perawatan kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. S sebagai berikut: pasien tampak lemah, parase sebelah kiri, kekuatan otot menurun. Masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan no. 1.

Pada hari perawatan ke tiga didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. S sebagai berikut: parase sebelah kiri, kekuatan otot meningkat . Masalah teratasi, intervensi dipertahankan.

Pada hari perawatan ke empat didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. S sebagai berikut: advis dokter pasien disuruh nerlatih untuk duduk di tempat tidur secara bertahap dan belum boleh turun dari tempat tidur, kekuatan otot meningkat . Masalah teratasi, intervensi dipertahankan.

Pada hari perawatan ke lima didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. S sebagai berikut: mobilisasi pasien bebas, pasien tidak lemah, kekuatan otot meningkat . Masalah teratasi, intervensi dihentikan.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis CVA Infark di Ruang Mirah RS PHC Surabaya, kemudian penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis CVA Infark.

5.1 Kesimpulan

Mengacu pada hasil uraian tinjauan kasus dan pembahasan pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis CVA Infark, maka penulis dapat menarik simpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pada Ny. S didapatkan hasil Ny. S sering mengeluh badan lemas dan tubuh sebelah kiri mengalami kelemahan serta Ny. S mengeluh kepalanya pusing sejak jum'at malam. Ny. S juga mengatakan bahwa memiliki riwayat penyakit hipertensi serta diabetes mellitus dan sampai sekarang masih menjalani pengobatan. Ny. S mengatakan ada anggota keluarga yang menderita hipertensi. Pada pengkajian B3 (*Brain*) didapatkan hasil pada nervus XI (saraf aksesorius) pasien tidak mampu mengangkat tangan dan kaki kiri, pasien juga tidak bisa memutarkannya, pasien hanya bisa memfleksikan kepala. Didapatkan hasil CT-Scan kepala dengan kesimpulan hasil tampak area hypodens multiple, sebagian berbatas tidak tegas dan sebagian berbatas tegas dicorona radiata kanan kiri, nucleus caudatus kanan dan capsula interna kiri, dan hasil pemeriksaan laboratorium natrium 130,4 mmol/L, kalium 2,76 mmol/L. Pada pemeriksaan fisik

B6 (*Bone*) didapatkan hasil ROM pasien terbatas, pasien tampak hati-hati dalam melakukan mobilisasi, pasien terbatas dalam bergerak, pasien dianjurkan miring kanan, miring kiri dan tidak boleh duduk ataupun turun dari bed/tempat tidur. Terdapat parase disebelah kiri dengan kekuatan otot ekstermitas atas kiri 3333, ekstermitas bawah kiri 3333. Hasil pemeriksaan TTV didapatkan TD 170/108 mmHg, N 92 x/mnt, RR 20 x.mnt, S 36,5 °C, SPO₂ 98% terpasang O₂ nasal 2 Lpm, kesadaran composmentis, GCS E4V5M6. Pada pemeriksaan sistem endokrin Ny. S mengatakan memiliki riwayat penyakit diabetes. Saat dilakukan pemeriksaan gula darah didapatkan hasil GDA 187 mg/dl.

2. Diagnosis keperawatan yang muncul pada Ny. S adalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, risiko jatuh didandai dengan faktor risiko kekuatan otot menurun.

3. Rencana tindakan keperawatan yang terdapat dalam tinjauan pustaka tidak semua tercantum pada tinjauan kasus, tetapi disesuaikan dengan diagnosa dan masalah keperawatan pada Ny. S .

4. Tindakan keperawatan pada Ny. S dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang mengacu secara langsung pada diagnosa keperawatan Ny. S yaitu memonitor tanda gejala peningkatan TIK (misal:TD, nadi, tingkat kesadaran), memberikan posisi semi fowler, memonitor nilai MAP, mengajarkan pasien dalam meningkatkan ROM aktif maupun pasif, mengajarkan pasien dan keluarga dalam melakukan alih baring (miring kanan, miring kiri) setiap 2 jam, mengidentifikasi faktor risiko jatuh setiap pergantian shif, memastikan selalu roda tempat tidur terkunci, memasang handrall tempat tidur, mengukur risiko jatuh

dengan *morse fall scale*, menganjurkan pasien untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan dan memberikan terapi hasil kolaborasi.

5. Pada akhir evaluasi masalah keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, risiko jatuh ditandai dengan faktor risiko kekuatan otot menurun telah teratasi sesuai dengan tujuan keperawatan yang telah ditetapkan.

5.2 Saran

Sesuai dari simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan hendaknya pasien dan keluarga lebih memperhatikan hal dalam perawatan pasien dengan CVA Infark seperti segera membawa pasien jika muncul gejala stroke. Memberi support pada anggota keluarga yang sakit serta membantu anggota melakukan mobilisasi.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan CVA Infark.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional baiknya mengadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien maupun klien.
4. Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya ilmiah akhir ini sebagai salah satu sumber data untuk penelitian selanjutnya dan dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai penerapan perawatan pada pasien CVA Infark.

DAFTAR PUSTAKA

- Amanda, D. S. (2018). Laporan Kasus Stroke Infark. *Naskah Publikasi*.
- Amri, I. (2017). Pengelolaan Peningkatan Tekanan Intrakranial. *MEDIKA TADULAKO, Jurnal Ilmiah Kedokteran*, 4(3).
- Chaidir, R., & Zuardi, I. M. (2014). Dengan Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragi Di Ruang Rawat Stroke Rssn Bukittinggi Tahun 2012. *Naskah Publikasi*, 1(1).
- Darotin, R., Nurdiana, & Nasution, T. H. (2017). Analisis Faktor Prediktor Mortalitas Stroke Hemoragik Di Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember. *NurseLine Journal*, 2(2).
- Dash, D., Bhashin, A., Pandit, A., Tripathi, M., & Prasad, K. (2014). Risk Factors and Etiologies of Ischemic Strokes in Young Patients : A Tertiary Hospital Study in North India. *Journal of Stroke*, 16(3), 173–177. <https://doi.org/10.5853/jos.2014.16.3.173>
- Hafsari, D., Neylan, R. A., & Zanariah, Z. (2018). Left Hemiplegia and Nerves VII and XII Paresis Et Causa Non-Hemorrhagic Stroke. *Majority*, 7(3), 163–167.
- Husna, M., Kusworini, & Wulansari, D. A. (2015). Correlation Between Leukocyte Count When Admitted In Emergency Room (Er) With Clinically Acute Ischemic Stroke Patients. *MNJ*, 1(2), 46–51.
- Iqbal, M., Frida, M., & Yaswir, R. (2014). Artikel Penelitian Perbedaan Rerata Kadar Gula Darah pada Luaran Stroke Iskemik Berdasarkan Indeks Barthel. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 3(3), 435–439.
- Kemendes RI. (2019). Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Laily, S. R. (2017). Relationship Between Characteristic and Hypertension With Incidence of Ischemic Stroke. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 5(1), 48–59. <https://doi.org/10.20473/jbe.v5i1>.
- Lidia, C., An, A., & Kahtan, M. I. (2015). Association Quality Of Sleep And Ischemic Stroke Incidence In Ward And Clinic Of Neurology At Doctor Abdul Aziz Hospital Singkawang. *Naskah Publikasi*.
- Luciana, N. (2019). A Nursing Care on Ischemic Stroke Clients Mrs. D and Mr. K under Nursing Problem of Impaired Physical Mobility in Melati Room of RSUD Dr. HaryotoLumajang 2019. *Naskah Publikasi*.
- Made, N., Sultradewi, T., Dharmawan, D. K., & Fatmawati, H. (2019). Gambaran faktor risiko dan tingkat risiko stroke iskemik berdasarkan stroke risk scorecard di RSUD Klungkung. *Intisari Sains Medis*, 10(3), 720–729. <https://doi.org/10.15562/ism.v10i3.397>
- Manjoer, A. (2010). *Kapita Selekta Kedokteran, edisi 4*. Jakarta: Media Aesculapius.

- Murti, A. S. (2014). Asuhan Keperawatan Pada Tn . M Stroke Non Hemoragik Di Ruang Anggrek Rumah. *Naskah Publikasi*.
- Mustikawati, Fibriani, A. P., & Ani Rusnani Lestari, N. (2016). The Relationship Between Ischemic Stroke Cognitive Dysfunction In Dr. Moewardi Hospital. *Naskah Publikasi*.
- Mutiarasari, D. (2019). Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors, And Prevention. *Jurnal Ilmiah Kedokteran*, 6(1).
- Muttaqin, A. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, A. (2011). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, A. (2011b). *Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nastiti. (2012). Gambaran Faktor Risiko Kejadian Stroke pada Pasien Stroke Rawat Inap di Rumah Sakit Krakatau Medika Tahun 2011. *Naskah Publikasi*.
- Oktavia, F. M. (2017). Hubungan Jumlah Leukosit Dengan Defisit Fungsional Neurologis Pada Pasien Stroke Iskemik. *SKRIPSI*.
- Pertami, S. B., Munawaroh, S., & Rosmala, N. W. D. (2019). Pengaruh Elevasi Kepala 30 Derajat Terhadap Saturasi Oksigen Dan Kualitas Tidur Pasien Stroke. *Hijp : Health Information Jurnal Penelitian*, 11(2), 134–145.
- Pinzon, R. (2019). *AWAS STROKE! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan, dan Pencegahan*. Yogyakarta: CV. ANDI OFFSET.
- PPNI. (2016). *Santdar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Definisi dan Indikator Diagnosis)* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Prayogi, S., & Kurniawan, B. (2016). Pengaruh Personal Hygiene dalam Pencegahan Penyakit Skabies. *Majority*, 5(5).
- Presley, B. (2014). Terapi Penatalaksanaan Farmakologi Stroke Iskemik Akut Terapi, 12(1), 6–8.
- Pudiastuti, R. D. (2011). *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta: Muha Medika.
- Rezha, D. M. (2019). Hubungan Antara Usia, Hipertensi, Kebiasaan Merokok Dengan Mortalitas Stroke Iskemik. *Naskah Publikasi*.
- Saefulloh, M. (2016). Analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke di rsud indramayu 1 2. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia Keperawatan Indonesia*, 2(2), 65–76.
- Sary, A. N. (2016). Faktor Risiko Kejadian Stroke Pada Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggih tahun 2013. *Jurnal Medika Sainika*, 7(2).

- Setiadi. (2016). *Dasar – Dasar Anatomi dan Fisiologi Manusia*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Sujiwa, A. (2013). The Relationship between Oral Contraceptive Use with Ischemic Stroke Incident in Neurology Clinic of Dr. Moewardi General Hospitals. *Naskah Publikasi*. Retrieved from http://eprints.ums.ac.id/28063/15/Naskah_Publikasi.pdf
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah (gangguan sistem persyarafan)*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Udan, G. (2013). Faktor resiko kejadian stroke. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, VI(1), 49–57.
- Umam, K., & Susanto, J. (2019). Gambaran Aktivitas Perawat tentang Penatalaksanaan Masalah Kolaborasi Potensial Komplikasi (Pk): Peningkatan Tekanan Intrakranial. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(4), 176–182.
- Untari, I. (2012). Kesehatan Otak Modal Dasar Hasilkan Sdm Handal, 08(September), 1–7.
- Wardhana, W. A. (2011). *Strategi Mengatasi Dan Bangkit Dari Stroke*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Wibhisono, H. (2016). A 55 Years Old Woman with Non-Hemorrhagic Stroke and Hypertension Grade II. *Jurnal Medula Unila*, 4(3), 69–72.
- Widarti, L., Mahfoed, M. H., Kuntoro, & Sudiana, K. (2012). Psychological Respons (Anxiety and Depression) and Biological Respons (Cortisol, IFN- γ and TNF- α) in Ischemic Stroke Patients by Home Care Holistic Model Approach. *Jurnal Ners*, 7(1), 1–12.
- Wijaya, A. K. (2013). Pathophysiology Stroke Non-Hemorrhagic Et Causa Thrombus. *E-Jurnal Medika Udayana*, 1–15.
- Yueniwati, Y. (2015). *Deteksi Dini Stroke Iskemik: dengan Pemeriksaan Ultrasonografi Vaskular dan Variasi Genetika*. Malang: UB Press.

LAMPIRAN

Lampiran: *Curriculum Vitae*

CURRICULUM VITAE

Nama : Asmaul Husna, S.Kep

Tempat, tanggal lahir : Tumpu, 11 Desember 1997

Email : asmaulhusna582@gmail.com

Riwayat Pendidikan

1. SDN Inpres Kananga 1 Tahun 2009
2. SMP Negeri 1 Bolo Tahun 2012
3. SMA Negeri 1 Bolo Tahun 2015
4. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya Tahun 2019

Lampiran: Motto dan Persembahan

MOTTO

“It does not metter how slowly you go as long you do not stop”

PERSEMBAHAN

1. Kepada Allah SWT, yang telah memberikan kemudahan, kelancaran, petunjuk sehingga saya mampu menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Ayah, Ibu, dan Kakak, yang telah memberikan curahan kasih sayang yang begitu besar kepadaku serta dukungan dan semangat yang tak pernah ada habisnya.
3. Terima kasih kepada Ibu Indri yang menyediakan tempat serta konsumsi untuk memenuhi KDM.
4. Teman-teman CBLS_Squad (Aini, Lila, Ocho, Vamila) sudah membantu mengerjakan bersama-sama setiap hari, keluh kesah bersama-sama semoga menjadi berkah amin.
5. Untuk mu yang masih jadi rahasia bagiku, semoga dengan selesainya KIA ini akan memperpendek jalan kita untuk bertemu.
6. Teman satu kelompok yang selalu membantu saya dan menyemangati untuk menyelesaikan tugas akhir ini.
7. Teman sealmamater yang tidak bisa disebutkan satu persatu, sukses untuk kita semua.

Lampiran 1 SOP Mobilisasi Miring Kanan dan Miring Kiri

SOP MOBILISASI MIRING KANAN dan MIRING KIRI	
Pengertian	Mobilisasi dengan sims adalah teknik pemberian posisi dengan memiringkan tubuh kekanan dan kiri dengan posisi tubuh masih tetap berbaring.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah rasa tidak nyaman pada otot. 2. Mempertahankan tonus otot 3. Mencegah terjadinya komplikasi imobilisasi seperti ulkus decubitus, kerusakan saraf superficial, kerusakan pembuluh darah dan kontraktur. 4. Untuk memudahkan dan pemeriksaan pada area parienta 5. Mencegah rasa tidak nyaman pada otot. 6. Mempertahankan tonus otot 7. Mencegah terjadinya komplikasi imobilisasi seperti ulkus decubitus, kerusakan saraf superficial, kerusakan pembuluh darah dan kontraktur. 8. Untuk memudahkan dan pemeriksaan pada area parienta
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dengan paralisis atau kelemahan 2. Klien yang mengalami penurunan kesadaran
Kontrakindikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dengan cedera servikal 2. Klien dengan fraktur eksremitas atas atau fraktur klavikula
Persiapan klien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, perkenalkan diri, dan Tanya kondisi pasien 2. Jelaskan prosedur tinakan yang akan dilakukan , berikan kesempatan kepada klien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan klien. 3. Menjelaskan langka – langka tindakan
Periapan alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bantal atau guling sepenuhnya 2. Handuk
Cara kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri tahu tindakan yang akan segera dimulai 2. Cek alat – alat yang akan digunakan 3. Cuci tangan 4. Buatlah posisi tempat tidur yang memudahkan untuk bekerja 5. Klien dengan keadaan berbaring kemudian miringkan ke kiri / kanan dengan posisi badan setengah telungkup dan kaki kiri lurus lutut paha kanna di tekuk diarah kan ke dada 6. Miringkan klien dengan sampai posisi agak terkurap 7. Letakan tangan kiri diatas kepala dan tangan kanan diatas tempat tidur. 8. Letakan bantal di ruang antara dada, abdomen, lengan

	<p>atas dan tempat tidur.</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Letakan bantal diruang antara abdomen, pelvis, paha atas dan tempat tidur. 10. Pastikan bahwa bahu dan panggul berada pada bidang yang sama. 11. Letakan gulungan handuk dibawah telapak kaki 12. Kaji respon pasien 13. Cuci tangan 14. Observasi posisi dan pindahkan posisi klien pada sisi yang berlawanan 2 jam.
Hasil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Subjektif <ul style="list-style-type: none"> - Klien merasa lebih nyaman - Klien merasa badanya tidak kaku kaku 2. Objektif 3. Tidak Nampak tanda tanda decubitus 4. Tonus otot baik, tidak ada kontraktur
Hal-hal yang perlu diperhatikan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan agar tempat tidur yang digunakan dapat memberikan sepport yang baik bagi tubuh 2. Pastikan alas tempat tidur tetap rapi an bersih 3. Observasi keadaan pasien setiap 2 jam

Referensi:

Purwati, O.S & Maliya, A. 2010. *Rehabilitasi Klien Pasca Stroke*. Jurusan Keperawatan FIK UMS : Kartosuro

Lampiran 2 SOP *Range of Motion* (ROM)

SOP RANGE OF MOTION (ROM)	
Pengertian	Latihan gerak aktif-pasif atau range of motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan secara aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien. 2. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami hambatan mobilitas fisik 2. Pasien yang mengalami keterbatasan rentang gerak
Prosedur kerja	<p>Tahap Kerja</p> <p>Gerakan rom</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leher Tekuk kepala kebawah dan keatas lalu menoleh kesamping kanan dan kiri 2. Lengan/pundak Angkat tangan keatas lalu kembali ke bawah, setelah itu ke samping dan ke bawah lagi 3. Siku Dengan menekuk lengan, gerakan lengan ke atas dan kebawah. 4. Pergelangan tangan Tekuk pergelangan tangan kedalam dan keluar lalu samping kiri dan kanana 5. Jari Tangan Tekuk keempat jari tangan ke arah dalam lalu regangkan kembali. Kepalkan seluruh jari lalu buka. Tekuk tiap jari satu persatu. 6. Lutut Ankat kaki keatas lalu lutut ditekuk kemudian diturunkan lagi. Gerakan kaki ke samping kanan dan kiri lalu putar kearah dalam dan luar. 7. Pergelangan kaki Tekuk pergelangan kaki keatas lalu luruskan. Tekuk jari kaki ke atas dan kebawah. 8. Jika mampu berdiri lakukan gerakan badan membungkuk kemudian putar pinggang ke samping kanan dan kiri. <p>INGAT. Tidak dipaksakan dalam latihan, lakukan sering</p>

	mungkin.
Respon pasien	<ol style="list-style-type: none">1. Respon<ul style="list-style-type: none">- Respon verbal: klien mengatakan tidak kaku lagi- Respon non verbal: klien tidak terlihat sulit untuk menggerakkan sisi tubuhnya yang kaku.2. Beri reinforcement positif3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya4. Mengakhiri kegiatan dengan baik

Refrensi:

Irfan Muhammad. 2010. *Fisioterapi Bagi Insan Stroke*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Lampiran 3 Pengukuran Skala Risiko Jatuh (*Morse Fall Scale*)

PENGUKURAN SKALA RISIKO JATUH (<i>Morse Fall Scale</i>)				
No.	Indikator	Poin		Poin pasien
		Iya	Tidak	
1.	Ada riwayat jatuh dalam waktu 3 bulan terakhir	25	0	0
2.	Memiliki lebih dari 1 diagnosa	15	0	15
3.	Pergerakan			
	a. Bed rest total/ bantuan perawat	0	-	0
	b. Tongkat/ kursi roda/ kruk	15		
	c. Berpegangan pada benda sekitar	30		
4.	Dipasang IV line/ heparin lock	20	0	20
5.	a. Postur tubuh dapat berdiri tegak	0		
	b. Lemah/ berdiri agak membungkuk/ menyeret	10	-	10
	c. Sempoyongan/ selalu menunduk	20		
6.	a. Sadar akan keterbatasannya	0	-	0
	b. Tidak sadar akan keterbatasannya	15		

Skor	Intepretasi	Saran
0 – 24	Tidak berisiko	Perawatan kebutuhan dasar manusia baik
25 – 50	Risiko rendah	Implementasi santdar pencegahan jatuh
➤ 50	Risiko tinggi	Implementasi tindakan pencegahan risiko tinggi jatuh