

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.“W” DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
CEREBRO VASKULAR ACCIDENT (CVA) INFARK DI RUANG 7  
RUMKITAL dr. RAMELAN SURABAYA**



**Oleh :**

**AGUNG WAHYU NUGROHO  
NIM. 2121014**

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.“W” DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
CEREBRO VASKULAR ACCIDENT (CVA) INFARK DI RUANG 7  
RUMKITAL dr. RAMELAN SURABAYA**

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



**Oleh :**

**AGUNG WAHYU NUGROHO  
NIM. 2121014**

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

## SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya mengatakan bahwa Karya Tulis ini saya susun tanpa plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hangtuh Surabaya.

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

Surabaya, 20 Mei 2024



Agung Wahyu Nugroho  
NIM. 2121014

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan kami amati, selaku pembimbing mahasiswa

Nama : Agung Wahyu Nugroho

NIM : 2121014

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny. "W" dengan  
Diagnosis Medis Cerebro Vaskular Accident (CVA)  
Infark di Ruang VII Rumkital dr. Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa Karya Tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (Amd.Kep)**

Surabaya, Mei 2024

Pembimbing,



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

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 20 Mei 2024

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari

Nama : Agung Wahyu Nugroho  
NIM : 2121014  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny. "W" dengan  
Diagnosis Medis Cerebro Vaskular Accident (CVA)  
Infark di Ruang VII Rumkital dr. Ramelan Surabaya.

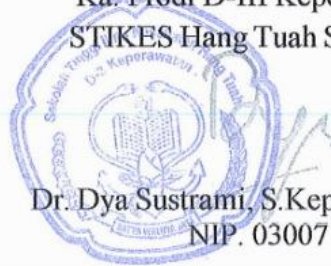
Telah dipertahankan di hadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang  
Tuah Surabaya, dan dinyatakan lulus dan dapat diterima sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada prodi D-III  
Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji ketua : Dr. Setiadi , S.Kep.,Ns.,M.Kep (.....)  
NIP. 03001  
Penguji I : Imroatul Farida, S.Kep.,Ns.,M,kep (.....)  
NIP. 03028  
Penguji II : Nisha Dharmayanti .R, S.Kep.,Ns.,M.Si (.....)  
NIP. 03045



Mengetahui

Ka. Prodi D-III Keperawatan  
STIKES Hang Tuah Surabaya,



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

Ditetapkan di : Surabaya  
Tanggal : 20 Mei 2024

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Laksamana Pertama (Purn) Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melaksanakan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI dr. Sujoko Purnomo, Sp.B selaku Kepala Rumkital Dr.Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Dr. Diah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes, Dr. Setiadi S.Kep.,Ns.,M.Kep, dan Dr. Dhian Satya Rachmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Puket 1, 2, dan 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada saya menyelesaikan pendidikan.
4. Dr. Dya Sustrami, S.Kep., Ns.,M.Kes selaku Kepala Prodi D-III keperawatan yang selalu memberi motivasi penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji ketua, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan,bimbingan,arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Imroatul Farida, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing dan penguji yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan serta penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Ibu Nisha Dharmayanti R, S.Kep.,Ns.,M.Si selaku pembimbing dan penguji yang telah mencurahkan tenaga dan pikiran untuk memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusun karya tulis ilmiah ini.

8. Bapak dan Ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini juga kepada tenaga administrasi yang ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi penulisan.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa' a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
11. Orang tua tercinta yang selalu mendukung dan mendoakan sehingga semua bisa berjalan lancar.
12. Istri tercinta dan anak-anak tersayang yang selalu mendukung dan selalu mendoakan kami dari awal sampai dengan selesainya pendidikan D3 Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kata kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 20 Mei 2024  
Penulis

## DAFTAR ISI

<b>KARYA TULIS ILMIAH</b> .....	i
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	v
<b>DAFTAR ISI</b> .....	vii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	x
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xi
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat .....	4
1.4.1 Akademisi .....	4
1.4.2 Non Akademis .....	4
1.5 Metode Penulisan .....	5
1.5.1 Metode .....	5
1.5.2 Teknik pengumpulan data .....	5
1.5.3 Sumber data .....	6
1.5.4 Studi kepustakaan .....	6
1.6 Sistematika Penulisan .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	8
2.1 Konsep penyakit .....	8
2.1.1 Definisi .....	8
2.1.2 Anatomi Fisiologi .....	8
2.1.3 Patofisiologi .....	10



2.1.4 Etiologi.....	10
2.1.5 Manifestasi Klinik .....	11
2.1.6 Komplikasi .....	13
2.1.7 Pemeriksaan penunjang .....	14
2.1.8 Penatalaksanaan .....	15
2.1.9 Faktor Terjadinya CVA Infark .....	15
2.1.10 Pencegahan.....	16
2.2 Asuhan Keperawatan pada pasien CVA Infark .....	17
2.2.1 Pengkajian .....	17
a. Pengumpulan Data .....	18
2.2.2 DiagnosisKeperawatan .....	25
2.2.3 Perencanaan.....	26
2.2.4 Pelaksanaan .....	34
2.2.5 Evaluasi.....	34
2.2.6 WOC/Kerangka Masalah.....	35
<b>BAB III TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>36</b>
3.1 Pengkajian.....	36
3.1.1 Data umum .....	36
3.1.2 Riwayat sakit dan kesehatan .....	36
3.1.3 Pemeriksaan Fisik.....	38
3.1.4 Pemeriksaan Penunjang .....	41
3.1.5 Pemberian Terapi Medis.....	43
3.2 Analisa Data .....	43
3.3 Perencanaan .....	44
3.4 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan .....	47
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>54</b>
4.1 Pengkajian.....	54
4.2 Diagnosis Keperawatan.....	59
4.3 Perencanaan .....	61
4.4 Pelaksanaan .....	63
4.5 Evaluasi.....	64
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>65</b>

5.1 Kesimpulan.....	65
5.2 Saran .....	66
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>68</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>69</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan .....	27
Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium .....	41
Tabel 3.2 Pemberian Terapi Obat .....	43
Tabel 3.3 Analisa Data .....	43
Tabel 3.4 Perencanaan .....	44
Tabel 3.5 Tindakan keperawatan dan Catatan Perkembangan .....	47

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Otak .....	9
Gambar 2.2 WOC/Kerangka Masalah .....	35

## DAFTAR SINGKATAN

<u>Ekg</u>	: <i>Elektrokardiogram</i>
Kemenkes	: <i>Kementrian Kesehatan</i>
CVA	: <i>Cerebro Vaskular Accident</i>
WHO	: <i>World Health Center</i>
Risikesdas	: <i>Riset Kesehatan Dasar</i>
MRI	: <i>Magnetic Imaging Resonance</i>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

CVA atau kecelakaan serebrovaskular biasa disebut dengan CVA Infark. Istilah ini lebih umum daripada CVA. Gangguan ini terjadi pada organ otak. Lebih spesifiknya, adalah kelainan pembuluh darah di otak. Berupa penurunan kualitas pembuluh darah di otak. CVA Infark merupakan penyakit jaringan otak yang disebabkan oleh penyakit kardiovaskular. Gangguan ini bisa disebabkan oleh kondisi iskemik atau perdarahan.

CVA infark seringkali disebabkan oleh benda asing di dalam pembuluh darah, seperti udara, lemak, atau bakteri, yang dapat menggumpal atau menyumbat pembuluh darah di otak. Tersumbatnya pembuluh darah dapat menimbulkan masalah dalam perawatan, dan tersumbatnya aliran darah otak pada daerah radiata koronal dapat mengakibatkan penurunan kebugaran intrakranial dengan gejala berupa penurunan kesadaran dan gangguan refleks saraf (Hartikasari, 2015).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2016 mengumumkan bahwa hingga 20,5 juta orang di seluruh dunia menderita CVA Infark iskemik, yang merupakan 85% dari seluruh CVA Infark. Hipertensi bertanggung jawab atas 17,5 juta kasus CVA Infark di seluruh dunia. Berdasarkan data Riskesdas 2018, prevalensi CVA Infark nasional sebesar 10,9 per mil, sedangkan data Riskesdas 2018 menunjukkan Kalimantan Timur memiliki prevalensi CVA Infark sebesar 10,9 per mil, tertinggi (14,7 orang per mil) dan terendah di provinsi Papua. (4,1 per

mil). Prevalensi CVA infark di Jawa Timur sekitar 12 % per mil, dengan prevalensi tertinggi di usia 75 tahun ke atas sebesar 50,2% per mil (RISKESDAS, 2018).

Gangguan pergerakan fisik pada pasien CVA Infark disebabkan oleh kurangnya pasokan oksigen ke otak sehingga menyebabkan kelemahan neuromuskular pada ekstremitas. Gangguan komunikasi verbal ini terjadi ketika bagian otak tidak mendapat cukup oksigen akibat berkurangnya aliran darah otak, sehingga mengganggu saraf dan refleks yang mengontrol sistem komunikasi, dan biasanya mengakibatkan afasia (ucapan tidak jelas). Kejadian CVA Infark di Ruang Pav 7 merupakan prevalensi paling tinggi diantara penyakit yang lain.

CVA infark atau infark serebral adalah kondisi ketika aliran darah di otak terhambat, sehingga menyebabkan kerusakan jaringan otak. Kerusakan ini terjadi karena jaringan otak tidak mendapatkan cukup oksigen. Tanpa oksigen yang memadai, sel dan jaringan otak akan mengalami kerusakan dan mati. CVA Infark dapat dicegah dengan menerapkan pola hidup sehat, antara lain: Mengonsumsi makanan bergizi seperti sayur mayur, buah-buahan, dan ikan, disertai dengan olahraga teratur dan berhenti merokok, serta menghindari obat-obatan tertentu seperti aspirin dan obat antiplatelet. Orang yang pernah terkena CVA Infark mungkin akan terkena CVA Infark lagi, jadi pergilah ke rumah sakit setempat atau pusat kesehatan masyarakat untuk melakukan pemeriksaan kesehatan rutin guna mencegah CVA Infark berikutnya.

Salah satu terapi yang disarankan selama proses rehabilitasi adalah latihan rentang gerakan (ROM). Latihan ini dapat dilakukan sekitar lima kali sehari untuk mempertahankan mobilitas sendi, fleksibilitas, mencegah kontraktur,

meningkatkan sirkulasi, mengurangi tromboli vena, dan mencegah kerusakan sistem neuromuskular.

Peran yang dimiliki oleh perawat sangat penting dalam menurunkan tingkat kejadian CVA Infark Infark dengan cara melakukan pencegahan dini melalui pendidikan kesehatan pada pasien CVA Infark, baik sebelum maupun sesudah terjadi sehingga masyarakat dapat terhindar dari CVA Infark Infark.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Dalam hal ini untuk tindak lanjut perawatan pada pasien dengan CVA Infark invark maka penulis akan melakukan pengkajian secara lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan CVA Infark/CVA Invark dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana asuhan keperawatan CVA Infark/CVA Infark di Ruang VII Rumkital dr. Ramelan”

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis CVA Infark di Ruang VII Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji pasien dengan diagnosis medis CVA Infark di Ruang VII Rumkital dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis CVA Infark di Ruang VII Rumkital dr. Ramelan Surabaya.



3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis CVA Infark di Ruang VII Rumkital dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis CVA Infark di Ruang VII Rumkital dr. Ramelan Surabaya
5. Mengevaluasi pasien dengan diagnosis medis CVA Infark di Ruang VII Rumkital dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis CVA Infark di Ruang VII Rumkital dr. Ramelan Surabaya.

#### **1.4 Manfaat**

Sehubungan dengan tujuan tersebut, diharapkan tugas akhir ini dapat memberikan manfaat bagi :

##### **1.4.1 Akademisi**

Hasil karya tulis ini akan memberikan kontribusi bagi ilmu pengetahuan, khususnya yang berkaitan dengan perawatan pasien yang didiagnosis secara medis dengan CVA infark.

##### **1.4.2 Non Akademis**

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Dengan adanya karya tulis ilmiah ini bisa menjadi masukan bagi pelayanan kesehatan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis CVA Infark dengan baik.

2. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi bagi peneliti selanjutnya untuk menulis karya ilmiah tentang perawatan pasien yang didiagnosis secara medis dengan CVA infark.

3. Bagi profesi kesehatan

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

## **1.5 Metode Penulisan**

### **1.5.1 Metode**

Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah deskriptif, dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis CVA Infark melalui pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan hingga evaluasi.

### **1.5.2 Teknik pengumpulan data**

1. Wawancara

Data Informasi diambil atau diperoleh langsung dari anamnesa dengan pasien, juga melalui percakapan dengan keluarga pasien atau tim kesehatan lainnya.

2. Observasi

Data informasi yang didapatkan melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien.

3. Pemeriksaan

Data yang didapatkan terdiri atas pemeriksaan fisik dan laboratorium sehingga dapat menunjang penegakan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

### **1.5.3 Sumber data**

1. Data Primer

Data primer penulis yang dapatkan dari pasien.

2. Data sekunder

Data yang didapatkan dari keluarga atau orang terdekat pasien, rekam medik perawat, data pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

### **1.5.4 Studi kepustakaan**

Penulis mempelajari buku, jurnal, e-book, serta beberapa sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas. Penulis juga mempelajari beberapa buku yang berkaitan dengan diagnosis medis CVA Infark.

### **1.6 Sistematika Penulisan**

Terdapat 3 bagian dalam studi kasus secara keseluruhan, yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, dan daftar lampiran dan abstraksi.
2. Bagian inti meliputi 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:
  - a. Bab 1 : pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.
  - b. Bab 2 : tinjauan pustaka isinya adalah tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis CVA Infark.

- c. Bab 3 : tinjauan kasus hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.
- d. Bab 4 : pembahasan kasus yang didapatkan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.
- e. Bab 5 : Simpulan dan Saran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

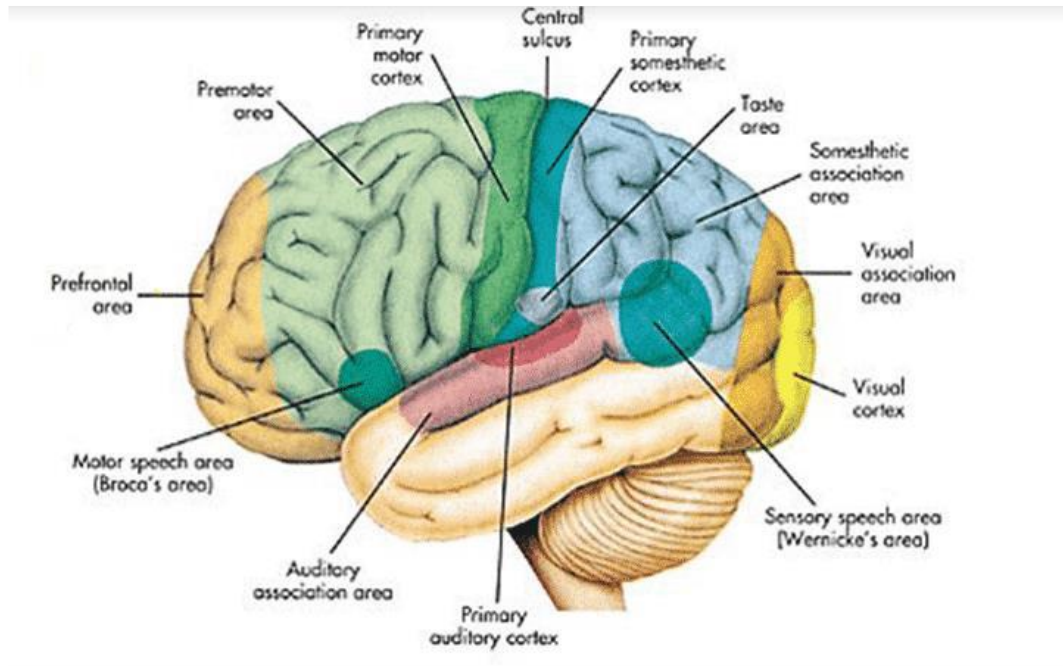
#### **2.1 Konsep penyakit**

##### **2.1.1 Definisi**

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

##### **2.1.2 Anatomi Fisiologi**

Otak merupakan organ tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat komputasi seluruh organ tubuh. Ini mengatur semua aktivitas dalam tubuh. Otak orang dewasa memiliki berat sekitar 1400 gram, yaitu 2% dari total berat badan, mengkonsumsi 25% energi, dan menyerap 1,5 % curah. Warna setengah padat, abu-abu kemerahan. Otak ditutupi oleh tiga meningen dan dilindungi oleh tengkorak. Otak mengapung di dalam cairan, menopang otak lunak. Cairan ini bertindak sebagai peredam kejutan jika terjadi benturan luar pada kepala (Setiadi, 2016).



**Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Otak**

Sumber: Dinas Pendidikan, 2015

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

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

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

### **2.1.3 Patofisiologi**

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

### **2.1.4 Etiologi**

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

#### **1. Trombosis Serebral**

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

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

## 2. Emboli Serebral

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

## 3. Iskemia

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

### **2.1.5 Manifestasi Klinik**

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

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



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

pada lobus temporal atau parietal, yang dapat menghambat saraf optik di korteks oksipital.

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

### **2.1.6 Komplikasi**

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

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

### 2.1.7 Pemeriksaan penunjang

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

#### 1. *Angio Cerebri*

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

#### 2. *CT Scan*

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

#### 3. MRI

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

#### 4. *USG Doppler*

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

#### 5. EEG

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

#### 6. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Lumbal fungsi: Pemeriksaan basa merah biasanya terlihat pada perdarahan masif, sedangkan perdarahan ringan biasanya berwarna cairan normal (xanthochrome) pada beberapa hari pertama.
- b. Pemeriksaan darah rutin
- c. Pemeriksaan kimia Darah : Hiperglikemia dapat terjadi pada CVA infark akut. Gula darah serum bisa naik hingga 250 mg dan kemudian menurun lagi secara bertahap.
- d. Pemeriksaan darah lengkap

### **2.1.8 Penatalaksanaan**

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

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

### **2.1.9 Faktor Terjadinya CVA Infark**

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

1. Hipertensi merupakan faktor risiko potensial terjadinya CVA Infark

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

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

#### **2.1.10 Pencegahan**

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

1. Posisikan kepala dan badan bagian atas setinggi 20-30°

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

## **2.2 Asuhan Keperawatan pada pasien CVA Infark**

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan langkah awal dan landasan dalam proses keperawatan untuk mengidentifikasi masalah klien dan mengarahkan intervensi keperawatan. Tahap evaluasi terdiri dari tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, pengelompokan data, dan perumusan intervensi keperawatan (Tarwoto, 2015).

## **a. Pengumpulan Data**

Fase ini merupakan kegiatan pengumpulan informasi, suatu proses sistematis pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk menilai dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Data yang di kumpulkan dalam pengkajian ini meliputi bio-psiko-spiritual. Ada dua tahap yang perlu di lalui dalam proses pengkajian yaitu pengumpulan data dan analisa data.

### **1) Identitas Klien**

Menurut (Padila, 2015), orang yang berusia di atas 55 tahun mempunyai risiko lebih tinggi terkena CVA Infark, laki-laki memiliki angka kejadian 30% lebih tinggi dibandingkan wanita, dan orang berkulit hitam memiliki angka lebih tinggi.

### **2) Keluhan utama**

Keluhan yang umum timbul antara lain gangguan gerak, kelemahan anggota tubuh, bicara cadel, ketidakmampuan berkomunikasi, sakit kepala, gangguan sensorik, kejang, dan gangguan kesadaran (Tarwoto, 2015).

### **3) Riwayat Penyakit Sekarang**

CVA Infark biasanya diawali dengan serangan pertama yang tidak disadari oleh pasien. Gejala pertama biasanya kesemutan atau kelemahan pada ekstremitas. Serangan CVA Infark hemoragik seringkali terjadi secara tiba-tiba pada saat klien sedang beraktivitas. Hal ini biasanya menyebabkan sakit kepala, mual, muntah, bahkan kejang dan kehilangan kesadaran, serta gejala kelumpuhan dan disfungsi otak lainnya (Tarwoto, 2015).

### **4) Riwayat Penyakit Dahulu**

Memiliki riwayat penyakit darah tinggi, CVA Infark, diabetes, penyakit jantung, anemia, trauma kepala, dan riwayat penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka waktu yang lama. Penggunaan antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat adiktif, obesitas (Tarwoto, 2015).

## 5) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik berguna untuk mendukung data dari pengkajian anmnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara persistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada B3 (*Brain*) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan dari klien.

### a) B1 ( Pernapasan/*Breathing* )

Inspeksi biasanya di dapatkan pasien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sekret (Tarwoto, 2015).

### b) B2 ( Sirkulasi darah/*Blood* )

Pengkajian pada system kardiovaskuler didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada pasien CVA Infark. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masih (tekanan darah >200 mmHg) (Tarwoto, 2015).

### c) B3 ( Persarafan/*Brain* )

Menurut (Ariani, 2014) terhadap pasien CVA infark diperlukan pemeriksaan lain seperti tingkat kesadaran, kekuatan otot, tonus otot, serta pemeriksaan radiologi dan laboratorium. Pada pemeriksaan tingkat kesadaran dilakukan pemeriksaan yang dikenal sebagai *Glascow Coma Scale* (GCS) untuk



mengamati pembukaan kelopak mata, kemampuan bicara, dan tanggap motoric (gerakan).

Membuka mata : pembukaakaan dengan cara spontan : skor 4, Membuka dengan perintah : skor 3, Membuka mata karena rangsang nyeri : skor 2, Tidak memilikikemampuan untuk membuka mata : skor 1 Kemampuan bicara : Orientasi dan pengertian baik : skor 5, Pembicaraan tidak jelas : skor 4, Pembicaraan tidak pantas dan kasar : skor 3, mampu bersuara, merintih : skor 2, Tidak dapat berbicara : skor 1, Tanggapan motorik : Menerima perintah : skor 6, Reaksi pergerakan terhadap rangsang : skor 5, Reflek terhadap rangsang nyeri : skor 4, Tanggapan fleksi abnormal : skor 3 Sementara itu, untuk pemeriksaan kekuatan otot adalah sebagai berikut: Tidak ada kontraksi otot: skor 0, Terjadi kontraksi otot tanpa gerakan nyata skor 1, Pasien hanya mampu menggeserkan tangan atau kaki: skor 2 Mampu angkat tangan, tidak mampu menahan gravitasi : skor 3, Tidak mampu menahan tangan pemeriksa : skor 4, Kekuatan penuh : skor 5.

Menurut (Ariani, 2014) evaluasi masing-masing Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) menggunakan skala sebagai berikut. Mandiri keseluruhan : skor 0, Memerlukan alat bantu : skor 1, Memerlukan bantuan minimal : skor 2, Memerlukan bantuan dan/atau beberapa pengawasan : skor 3, Memerlukan pengaasan keseluruhan : skor 4, Memerlukan bantuan total : skor 5.

Fungsi – Fungsi Saraf Kranial :

1. Nervus *Olfactorius* (N.I) : Penciuman
2. Nervus *Optikus* (N.II) : ketajaman penglihatan, lapang pandang

3. Nervus *Okulomotorius* (N.III): pupil reflek, tonus otot ocular, eksternal juga otosis dilatasi pupil
4. Nervus *Troklearis* (N.IV) : gerakan ocular menyebabkan ketidakmampuan melihat kebawah dan kesamping
5. Nervus *Trigeminus* (N.V): kemampuan sensori, reflek kornea, kulit wajah dan dahi, mukosa hidung dan mulut, kemampuan motoric, reflek rahang
6. Nervus *Abdusen* (N.VI) : pergerakan okular, ketidakmampuan ke bawah dan ke samping disebabkan adanya kerusakan
7. Nervus *Fasialis* (N.VII) : fungsi motorik wajah bagian atas dan bawah, kerusakan akan menyebabkan asimetris wajah dan poresis
8. Nervus *Akustikus* (N.VII) : persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat
9. Nervus *Glosfaringeus* (N.IX) : reflek gangguan faringeal
10. Saraf *Fagus* (N.X) : Bicara
11. Nervus *Aesorius* (N.XI) : kekuatan tonus otot trapezius dan sternocleidomastoid, kerusakan otot ini akan menyebabkan ketidakmampuan mengangkat bahu
12. Nervus *Hipoglosus* (N.XII) : fungsi motorik lidah, rusaknya fungsi ini mengakibatkan ketidakmampuan menggerakkan lidah

Menurut (Ariani, 2014) pemeriksaan pada penderita koma antara lain sebagai berikut.

- 1) Gerakan penduler tungkai

Kaki diangkat ke depan dan dilepas sementara posisi pasien tetap duduk di samping tempat tidur dengan tungkai yang menggantung. Pada waktu

dilepas akan ada gerakan penduler yang makin lama makin kecil dan biasanya berhenti 6 atau 7 gerakan. Beda pada rigiditas ekstra piramidal aka nada pengurangan waktu, tetapi tidak teratur atau tersendat-sendat.

2) Menjatuhkan tangan

Tangan pasien diangkat kemudian dijatuhkan. Pada kenaikan tonus (hipertoni) didapatkan penundaan jatuhnya lengan ke bawah. Sementara pada hipotomisitas jatuhnya cepat.

3) Tes menjatuhkan kepala

Pasien berbaring tanpa bantal, pasien dalam keadaan relaksasi, mata terpejam. Salah satu tangan pemeriksa diletakkan di bawah kepala pasien, tangan yang lain mengangkat kepala dan menurunkan kepala secara perlahan. Pada kaku kuduk (*nuchal rigidity*) karena iritasi meningeal terdapat hambatan dan nyeri pada fleksi leher.

**d) B4 ( Perkemihan/*bladder* )**

Setelah CVA Infark, pasien mungkin mengalami inkontinensia urin sementara karena kebingungan, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhannya, dan kehilangan kendali kandung kemih karena gangguan kendali motorik dan postur. Dalam beberapa kasus, kendali sfingter uretra eksternal mungkin hilang atau terbatas. Selama ini kateterisasi intermiten dilakukan dengan teknik aseptik. Inkontinensia urin yang persisten menunjukkan adanya kerusakan neurologis yang luas.

**e) B5 ( Pencernaan/*Bowel*)**

Pasien biasanya mengeluh kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan karena peningkatan

produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

**f) B6 ( Muskuloskeletal/Bone)**

CVA infark adalah penyakit UMN (*upper motor neuron*) dan mengakibatkan hilangnya kemampuan control volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan control motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas sisi yang berlawanan dari otak. Disfusi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis, atau kelemahan pada satu sisi tubuh, adalah tanda lainnya. Pada kulit, bila pasien kekurangan oksigen, kulit tampak pucat dan turgor kulit buruk akibat kekurangan cairan. Selain itu, perlu jika dikaji tanda-tanda decubitus terutama pada daerah yang menonjol karena pasien CVA Infark mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktifitas karena kelemahan, kehilangan sensoria tau patalise atau hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktifitas dan istirahat.

**6) Pemeriksaan Diagnostik**

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita CVA infark menurut (Ariani, 2014) adalah sebagai berikut :

a) *CT Scan* Bagian Kepala

Pada CVA Infark non hemoragi terlihat adanya infark, sedangkan pada CVA Infark hemoragi terlihat perdarahan.(Ariani, 2014)

b) Pemeriksaan Lumbal Fungsi

Pada pemeriksaan lumbal pungsi untuk pemeriksaan diagnostik, diperiksa kimia sitologi, mikrobiologi, dan virologi. Disamping itu, dilihat pula tetesan cairan serebrospinal saat keluar baik kecepatannya, kejernihannya, warna dan tekanan yang menggambarkan proses terjadi di intaspinal. Pada CVA Infark non-hemoragik akan ditemukan ditekanan normal dari cairan cerebrospinal jernih.

Pemeriksaan fungsi sisternal dilakukan bila tidak mungkin dilakukan pemeriksaan lumbal (Ariani, 2014).

c) EKG

Untuk mengetahui keadaan jantung dimana jantung berperan dalam suplai darah ke otak (Ariani, 2014).

d) EEG

Mengidentifikasi masalah berdasarkan gelombang otak, menunjukkan area lokasi secara spesifik (Ariani, 2014).

e) Pemeriksaan Darah

Agar dapat mengetahui keadaan darah, kekentalan darah, jumlah sel darah, penggumpalan trombosit darah yang abnormal, dan mekanisme pembekuan darah (Ariani, 2014).

f) *Angiografi Cerebral*

Angiografi serebral dapat membantu menentukan penyebab CVA Infark, seperti perdarahan atau penyumbatan pada arteri, dengan menunjukkan lokasi pasti robekan atau penyumbatan tersebut.

g) *Magnetik Resonansi Imagine (MRI)*

Menunjukkan darah yang mengalami infark, hemoragik, *Malformasi Arterior Vena* (MAV). Pemeriksaan ini lebih canggih dibanding CT-SCAN.

h) Ultrasonografi Dopler

Ultrasonografi dopler dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyakit MAV menurut (Ariani, 2014), pemeriksaan sinar X kepala dapat menunjukkan perubahan pada glandula pineal pada sisi yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi karotis internal yang dapat dilihat pada trombosis serebral, klasifikasi parsial pada dinding aneurisme pada perdarahan subaranoid.

i) Analisa Data

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

### **2.2.2 Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan di tetapkan berdasarkan analisa dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnosis keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata (aktual) dan kemungkinan akan terjadi (potensial) dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat. Maupun diagnosis yang kemungkinan muncul adalah DiagnosisKeperawatan (SDKI, 2017) :

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan infark
2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral
4. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
5. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot
6. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan
7. Resiko jatuh

### **2.2.3 Perencanaan**

Rencana perawatan adalah hubungan antara menentukan kebutuhan klien dan memberikan perawatan. Oleh karena itu, perencanaan perawatan merupakan petunjuk tertulis yang menguraikan secara akurat rencana tindakan yang akan dilakukan pada klien berdasarkan diagnosis keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Melalui keterlibatan klien yang optimal, rencana perawatan dikembangkan dan perawatan dilaksanakan, sehingga tercipta kolaborasi yang saling mendukung dalam memenuhi kebutuhan klien dan mencapai tujuan perawatan. Rencana asuhan pada diagnosis keperawatan diatas adalah sebagai berikut:

**Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan**

No.	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Resiko Perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan infark (SDKI.D.0017)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien perfusi serebral meningkat	Perfusi cerebral meningkat (SLKIL.02014) : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan intracranial membaik	Manajemen peningkatan intrakranial (SIKLI.06194) <u>Observasi :</u> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK <u>Terapeutik :</u> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler 3. Cegah terjadinya kejang <u>Kolaborasi :</u> 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu	1. Untuk mengetahui apa penyebab dari peningkatan TIK 2. Untuk mengetahui tanda dan gejala dari peningkatan TIK 3. Untuk mengetahui sakit kepala dari klien 4. Untuk mengontrol TD klien 5. Untuk mengetahui kesadaran klien
2.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (SDKI.D.0001)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan	Bersihan jalan napas meningkat (SLKIL.01002) : 1. Batuk efektif meningkat	Latihan batuk efektif (SIKLI.01006) <u>Observasi :</u> 1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Monitor input dan output cairan <u>Terapeutik :</u>	1. Untuk mengetahui tingkat kemampuan batuk pasien 2. Untuk mengetahui jumlah cairan yang yang dikeluarkan pasien saat batuk



No.	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		pasien bersihan jalan napas meningkat		1. Atur posisi fowler-semi fowler 2. Pasang pernak/bengkok di pangkuan pasien <u>Edukasi :</u> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 2. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan melalui mulut selama 8 detik <u>Kolaborasi :</u> 1. Kolaborasi pemberian mukolitik/ekspektoran	3. Untuk memberikan rasa nyaman saat pasien batuk 4. Untuk menjaga kebersihan pasien saat batuk 5. Untuk memberikan pengetahuan pasien agar bisa melakukan batuk yang efektif
3.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (SDKI. D.0119)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat berkomunikasi secara efektif	Komunikasi Verbal (SLKI L.13118).: 1. Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal 2. Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain.	Defisit Bicara (SIKI.I.13492) <u>Observasi :</u> 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. 2. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara	1. Untuk mengetahui kemampuan berbicara pasien 2. Untuk mengetahui kemampuan mendengar pasien 3. Untuk mengetahui kesesuaian ekspresi wajah/tubuh pasien

No.	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			3. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar	<p>4. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara</p> <p><u>Terapeutik :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)</li> <li>Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama)</li> <li>Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</li> <li>Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</li> </ol> <p><u>Edukasi :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan bicara perlahan</li> <li>Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatonis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara</li> </ol> <p><u>Kolaborasi :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</li> </ol>	

No.	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
4.	Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi (SDKI.D.0040)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi urine membaik	Eliminasi urine membaik (SLKIL.04034) : 1. Sensasi berkemih meningkat 2. Desakan berkemih (urgensi) menurun 3. Distensi kandung kemih menurun	Manajemen eliminasi urine (SIKLI.04152) <u>Observasi :</u> 1. Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia 2. Pantau integritas kulit pasien <u>Terapeutik :</u> 1. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi 2. Dukung penggunaan toilet/ commode/pispot/urinal secara konsisten 3. Jaga privasi selama eliminasi <u>Edukasi :</u> 1. Anjurkan BAK/BAB secara rutin 2. Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu	1. Untuk mengetahui masalah yang terjadi pada pasien 2. Untuk mengetahui keadaan kulit pasien 3. Untuk membantu pasien memudahkan saat BAK/BAB
5.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (SDKI.D.0054)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat	Mobilitas fisik meningkat (SLKIL.05042) : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi (SIKLI.05173) <u>Observasi :</u> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <u>Terapeutik :</u>	1. Untuk mengetahui kemampuan pergerakan pasien 2. Untuk mengetahui kekuatan otot pasien 3. Untuk mengetahui rentang gerak pasien

No.	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <u>Edukasi :</u> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	
6.	Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan kelemahan (SDKI.D.0056)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktifitas meningkat	Toleransi Aktifitas (SLKIL.05047 ) : 1. Kekuatan bagian tubuh meningkat 2. Keluhan menurun	Manajemen energi (SIKII.05178) <u>Observasi :</u> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur <u>Terapeutik :</u> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus	1. Untuk mengetahui penyebab kelelahan pada bagian tubuh pasien 2. Untuk memonitor waktu istirahat pasien 3. Untuk memberikan rasa nyaman pada pasien saat beristirahat.

No.	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <u>Edukasi :</u> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang <u>Kolaborasi :</u> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	
7.	Resiko jatuh (SDKI D. 0143 )	setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun	Tingkat Jatuh Menurun (SLKIL.14138) : 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun	Pencegahan Jatuh (SIKI.I.14540) <u>Observasi :</u> 1. Identifikasi faktor jatuh 2. Hitung resiko jatuh dengan skala 3. Identifikasi faktor lingkungan <u>Terapeutik :</u> 1. Gunakan alat bantu	1. Untuk mengetahui faktor resiko jatuh pada klien 2. Untuk mengetahui skor resiko jatuh pada klien 3. Untuk mengetahui kemampuan berpindah klien selama di rumah sakit 4. Untuk mengantisipasi jatuh pada klien

No.	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				2. Dekatkan bel pemanggil dengan pasien 3. Pasang handrail tempat tidur <u>Edukasi :</u> 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin	

#### **2.2.4 Pelaksanaan**

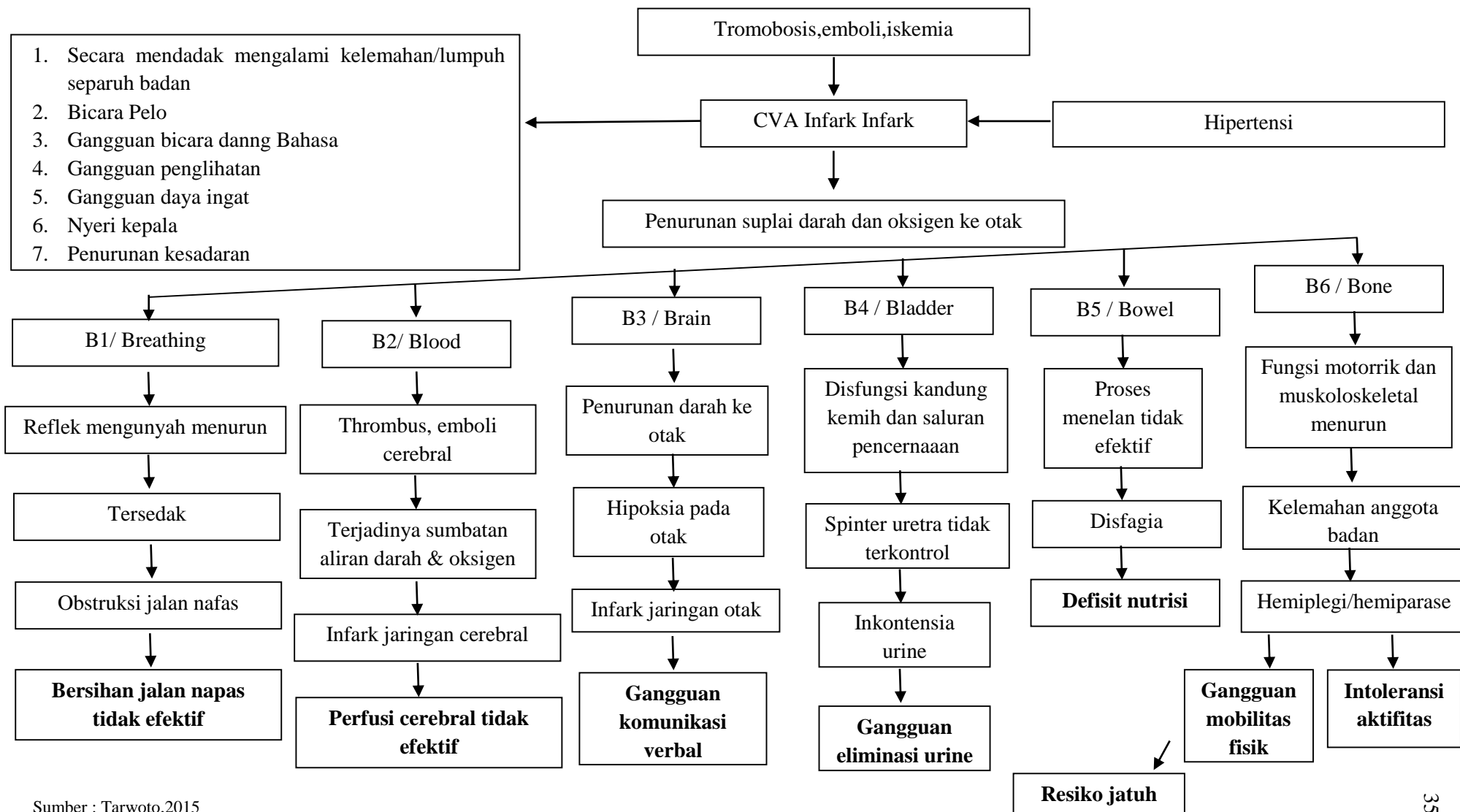
Pada tahap ini melibatkan penerapan dan rencana asuhan perawatan yang ditetapkan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Implementasi mengacu pada pengelolaan dan implementasi rencana perawatan yang dibuat selama tahap perencanaan (Muttaqin, 2015).

#### **2.2.5 Evaluasi**

Tahap ini merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah aktivitas terencana dan berkelanjutan yang melibatkan klien, pengasuh, dan anggota tim lainnya. Hal ini memerlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi penilaian. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan rencana perawatan telah tercapai atau tidak (Muttaqin, 2015).

## 2.2.6 WOC/Kerangka Masalah

Gambar 2.2 WOC/Kerangka Masalah



Sumber : Tarwoto,2015



## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab 3 penggambaran nyata mengenai pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Ny W dengan diagnosis medis CVA Infark di Ruang Pav VII, Rumkital dr. Ramelan Surabaya. Penulis menyajikan suatu kasus yang telah diamati oleh penulis dari mulai tanggal 18 Desember 2023 pukul 08.00 WIB, sampai dengan tanggal 20 Desember 2023 pukul 14.00 WIB. Data bersumber dari rekam medis dan keluarga pasien. Adapun data yang didapat adalah sebagai berikut :

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Data umum**

Pasien bernama Ny. W berjenis kelamin perempuan berumur 59 th. Beragama Islam, bekerja sebagai ibu rumah tangga, status perkawinan janda cerai mati mempunyai 4 orang anak, pendidikan SMP sederajat. Pasien tinggal di daerah Surabaya. Pasien dirawat di ruang pav VII rumah sakit dr. Ramelan, Surabaya dengan no. RM 74-19-xx dengan diagnosis CVA Infark sejak tanggal 13 Desember 2024 pukul 16.00 WIB.

##### **3.1.2 Riwayat sakit dan kesehatan**

###### **1. Keluhan Utama**

Pasien datang ke rumah sakit mengeluh badan sebelah kanan susah untuk digerakkan sejak 5 hari yang lalu

###### **2. Riwayat penyakit sekarang**

Keluarga pasien mengatakan, awal mula pasien sering merasakan kaku sendi pada bagian tubuh sebelah kanan sejak 5 hari yang lalu, kemudian

keluarga pasien memeriksakan pasien ke fasilitas kesehatan terdekat puskesmas, diberikan terapi obat anti nyeri asam fenamat, karena pasien tidak kunjung sembuh akhirnya keluarga pasien memutuskan membawa pasien ke Rumkital dr. Ramelan Surabaya. Pasien datang ke IGD RSPAL dr Ramelan Surabaya pada tanggal 13 Desember 2024 pukul 16.00 WIB diantar oleh keluarganya dalam hal ini anak nya menggunakan kendaraan sewa/mobil. Keluarga pasien mengatakan Ny. W mengeluh untuk badan sebelah kanan susah digerakkan, mengalami penurunan kesadaran sejak 5 hari yang lalu, bicara pelo, GCS 4/6, tekanan darah : 140/80 mmHG, Nadi : 84x/menit, suhu : 36,5<sup>0</sup> C, SpO<sub>2</sub> : 97. Kemudian mendapat terapi infusan IV Ns 500 ml, pemeriksaan Laboratorium leukosit : 10.01, hemoglobin : 15.70, eritrosit : 5.43, trombosit : 398, GDS : 249, kreatinin : 0.5, BUN : 10, Nat : 131.10, Kal : 3.54, pada pukul 16.30 pasien dibawa ke ruang pav VII. Pada tanggal 14 Desember pada pukul 08,00 dilakukan pengkajian terhadap pasien dengan hasil sebagai berikut observasi keadaan pasien cukup baik terpasang infus RL 14 tpm, tekanan darah : 140/80 mmHG, Nadi : 84, Suhu : 36,1<sup>0</sup>C, SpO<sub>2</sub> : 97, GCS : 4/6, RR : 20. Injeksi Citicoline 500 mg/IV.

3. Riwayat penyakit dahulu

Keluarga pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi sejak umur 45 tahun, dan diabetes melitus.

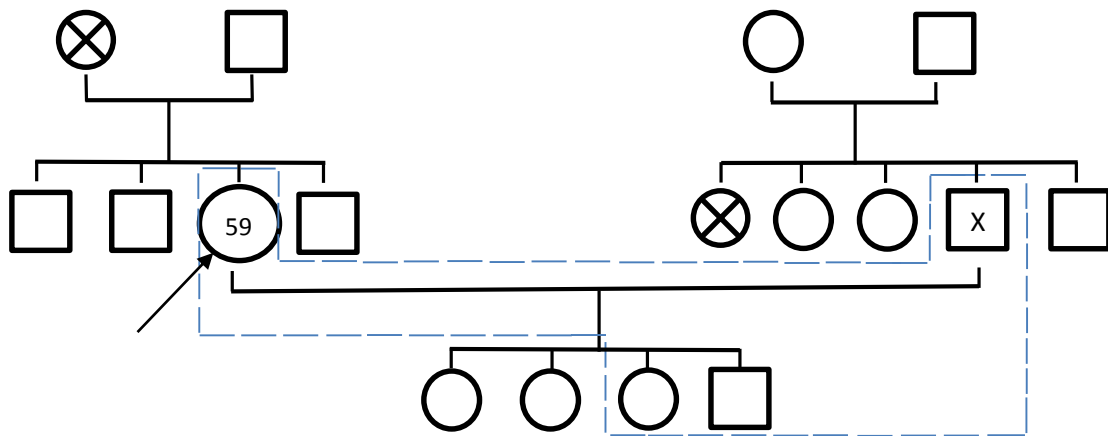
4. Riwayat alergi

Keluarga mengatakan pasien tidak mempunyai alergi obat ataupun makanan.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit seperti yang dialami oleh klien

Genogram :



keterangan : ○ = Perempuan      ↗ = Pasien

□ = Laki-laki      X = Meninggal

----- = Tinggal dalam satu rumah

### 3.1.3 Pemeriksaan Fisik

#### 1. Keadaan umum pasien

Pasien keadan umum baik, pasien tampak lemas, kooperatif saat perawat melakukan anamnesia dan pengkajian di ruangan kesadaran composmentis GCS 456, tekanan darah 140/80 mmHg, Nadi 84, Suhu 36,1<sup>0</sup>C, RR 20x/menit

#### 2. B1 : *Breathing*/Pernapasan

Bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, napas spontan, tidak ada otot bantu napas, suara napas vasikuler, irama napas irregular, ada sesak napas, tidak ada ronchi (+/-), tidak ada wheezing (+/-), tidak ada sianosis, RR 20x/menit.

3. B2 : *Blood*/Sirkulasi darah

Tidak ada nyeri dada, bentuk dada simetris, iktus kordis pada ICS ke V midclavicular lane sinistra, tidak ada bunyi jantung tambahan, tidak terdapat gallop, murmur. Tekanan darah 140/80mmHg, nadi 84, suhu 36,1<sup>0</sup>C, akral dingin, bunyi jantung S1S2 tunggal, konjungtiva anemis, terpasang infus di tangan sebelah kanan, CRT < 2dtk

$$\begin{aligned} \text{MAP} &= 1/3 \text{ sistole} + 2/3 \text{ diastole} \\ &= 1/3 \cdot 140 + 2/3 \cdot 80 \\ &= 46,6 + 53,3 \\ &= 99,9 \text{ ( normal 70-110)} \end{aligned}$$

4. B3 : *Brain*/persarafan

Kesadaran pasien composmentis, GCS 456 (membuka mata dengan spontan, orientasi pasien bingung, respon motorik baik), klien kooperatif, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudzinko, tidak ada nyeri kepala, tidak ada pusing, pasien mengalami demensia, pupil isokor, terdapat masalah keperawatan gangguan persepsi sensori.

5. B4 : *Bladder*/perkemihan

Kebersihan bersih, terpasang kateter, jumlah urine yang keluar : 1200cc/24 jam, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada area abdomen, warna kuning jernih.

6. B5 : *Bowel*/pencernaan

Kedadaan mulut bersih, membran mukosa lembab, bentuk bibir normal, tidak ada stomatitis, gusi merah muda, tidak terdapat edema, kebiasaan gosok gigi tidak pernah gosok gigi selama di rumah sakit, tidak ada nyeri abdomen, kebiasaan bab 1x/hari, konsistensi lembek, warna kecoklatan, bau khas, tempat yang biasa digunakan pempers, peristaltik 15x/menit, tidak ada masalah eliminasi alvi.

7. B6 : *Bone*/Muskolokelestial dan integument

Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) terbatas, persendian ekstremitas kanan tampak lemah.

Kekuatan otot :

1111	5555
1111	4444

Ekstremitas atas tangan kiri dapat menggenggam dan dapat digerakkan dengan bebas. Tangan kanan tidak dapat digerakkan. Ekstremitas bawah kaki kiri dapat digerakkan melawan tahanan tetapi kekuatan berkurang kaki kanan tidak dapat digerakkan.

## 8. Kognitif perseptual-psiko-sosio-spiritual

Persepsi sehat sakit : Pasien sadar bahwa dirinya sedang sakit sehingga dirinya harus banyak istirahat, gambaran diri pasien menyukai keseluruhan anggota tubuhnya, ideal diri pasien mempunyai harapan agar segera diberi kesembuhan sehingga bisa pulang kerumah, harga diri pasien mengatakan bahwa penyakitnya merupakan ujian dari Tuhan, peran diri pasien adalah seorang ibu rumah tangga yang memiliki 4 orang anak, identitas diri pasien

adalah perempuan yang berumur 59 tahun, kemampuan berbicara pasien bicara pelo, tidak jelas, bahasa sehari-hari bahasa Jawa, kemampuan adaptasi pada masalah kurang, pasien mengalami ansietas, pasien mengatakan ingin pulang kerumah.

### 3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

**Tabel 3.1** hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien Ny “W” dengan diagnosis CVA Infark di ruang Pav VII Rumkital dr. Ramelan Surabaya

Hari / tanggal	Hasil Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
13 Desember 2024	Leukosit/WBC	<i>10.01</i>	$10^3/\mu\text{L}$	4.00-10.00
	Hemoglobin/HGB	<i>15.70</i>	g/dL	12-15
	Hematocrit/HCT	46.90	%	37.0-47.0
Eritrosit/RBC		<i>5.43</i>	$10^6/\mu\text{L}$	3.50-5.00
	MCV	86.5	fml/cell	80-100
	MCH	28.9	pg	26-34
	MCHC	33.4	g/dL	32-36
	RDW_CV	12.8	%	11.0-16.00
	RDW_SD	41.4	fL	35.0-56.0
	Trombosit/PLT		398.00	$10^3/\mu\text{L}$
MPV		8.4	fL	6.5-12.00
PDW		15.7	%	15-17
PCT		<i>0.334</i>	$10^3/\mu\text{L}$	0.108-0.282
GDS		<i>249</i>	mg/dL	< 200
Kreatinin		<i>0.5</i>	mg/dL	0.6-1.5
BUN		10	mg/dL	10-24
Natrium/Na		<i>131.10</i>	mEq/L	135-147
Kalium/K		3.54	mmol/L	3.0-5.0
Chlorida/Cl		<i>94.1</i>	mEq/L	95-105
14 Desember 2024	Trigliserida	131	mg/dL	70-140
	Kolesterol LDL	122.8	Mg/dL	<130
	Glukosa Darah puasa	<i>137</i>	mg/dL	70-99
	Asam Urat	3.7	mg/dL	2-7

1. Foto thorax AP : tanggal 13 Desember 2023

Cor : Besar dan bentuk baik, Pulmo : Infiltrat/perselubungan (-),  
Diaphragma dan sinus baik, Tulang-tulang baik

Kesan : Cor dan Pulmo baik

2. Hasil CT Scan Kepala Non Kontras : Tanggal pemeriksaan 15 Desember  
2023

- Tampak area hypodens abnormal berbatas tegas kecil di subkortikal temporal kiri
- Tampak area hypodens abnormal berbatas tidak tegas di capsula eksterna kiri
- Tampak area hypodens abnormal berbatas tegas punctat di pons
- Ventrikel lateralis kiri kanan, III dan ventrikel IV tampak normal; tak tampak area hypodens periventrikuler
- Cerebelum baik
- Sulci dan gyri kesan mulai melebar
- Tak tampak deviasi midline structure
- Mastoid kanan dan kiri tampak normal
- Orbita, nervus optikus kanan dan kiri normal
- Sinus frontalis kanan kiri, ethmoidalis kanan kiri, maksilaris kanan kiri dan sinus sphenoidalis kanan kiri normal

Kesimpulan :

- Akut infark di capsula eksterna kiri dan kecil di subkortikal temporal kiri
- Kronik lacunar infark di pons
- Mulai tampak brain atrophy

### 3.1.5 Pemberian Terapi Medis

**Tabel 3.2** Pemberian terapi obat

Terapi	Rute	Dosis	Kegunaan
Citicoline	IV	2x500 mg	obat untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, CVA Infark, atau cedera kepala
Flunarizine	Tab	3x10 mg	obat untuk mencegah serangan migrain
Amlodipine	Tab	1x10 mg	Untuk menurunkan tekanan darah tinggi bisa dikonsumsi sebagai obat tunggal atau dikombinasikan dengan obat lain
Infus RL	IV	1000 cc/24 jam	cairan elektrolit isotonik golongan kristaloid yang sering digunakan untuk resusitasi cairan dan terapi cairan rumatan, misalnya pada pasien syok, luka bakar, atau gangguan keseimbangan elektrolit
Lavemir	SC	2x16 ui	insulin buatan yang digunakan untuk membantu mengontrol gula darah pada pasien diabetes, baik diabetes tipe satu maupun diabetes tipe dua

### 3.2 Analisa Data

**Tabel 3.3** Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : Respon pasien saat berbicara lambat, saat diberikan pertanyaan DO : - Kesadaran : komposmentis - Tekanan darah 140/80 mmHg - Nadi 84 - Suhu 36,10C - RR 20x/menit	Infark	Resiko perfusi serebral tidak efektif
2.	DS : Pasien mengatakan badan sebelah kanan sulit untuk digerakkan DO : Fisik pasien terlihat lemah	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik



	Kekuatan otot 1111   5555 1111   4444		
	Rentang gerak (ROM) terbatas Gerakan terbatas		
3.	DS :  DO: Pasien tampak lemas Kurang merespon untuk berbicara Pasien bicara pelo	Penurunan sirkulasi serebral	Gangguan komunikasi verbal
4.	Faktor resiko : Kekuatan otot menurun Demensia		Resiko jatuh

### 3.3 Perencanaan

**Tabel 3.4** Perencanaan

No.	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan infark	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka perfusi serebral meningkat	Perfusi cerebral meningkat (SLKIL.02014) : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan intrakranial membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (SIKI, I.06194) dan Pemantauan Tekanan Intrakranial (SIKI, I.06198) 1. Monitor penyebab peningkatan TIK (edema serebral) 2. Monitor peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, serta pola napas) 3. Monitor MAP 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Pertahankan posisi kepala dan leher netral (posisikan semifowler)
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan	Setelah dilakukan intervensi	Mobilitas fisik meningkat (SLKIL.05042) :	Dukungan Mobilisasi (SIKI.I.05173)

No.	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
	dengan penurunan kekuatan otot (SDKI.D.0054)	keperawatan selama 3 x 24 jam maka mobilitas fisik meningkat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>3. Fasilitasi melakukan pergerakan sederhana (rom pasif/aktif,mika-miki)</li> <li>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ol>
3.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi cerebral (SDKI. D.0119)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam pasien dapat berkomunikasi secara efektif	<p>Komunikasi Verbal (SLKI L.13118)::</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal</li> <li>2. Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain</li> <li>3. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar</li> </ol>	<p>Defisit Bicara (SIKI.I.13492)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>2. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa)</li> <li>3. Monitor frustasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara</li> <li>4. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)</li> <li>5. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri</li> </ol>

No.	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
				di depan pasien, dengarkan dengan seksama)
				6. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuanAnjurkan bicara perlahan
4.	Resiko jatuh (SDKI D. 0143 )	setelah dilakukan inter keperavensi watan selama 3 x 24 jam maka tingkat jatuh menurun	Tingkat Menurun (SLKI.L.14138) : Jatuh dari tempat tidur menurun Jatuh saat berdiri menurun Jatuh saat duduk menurun	Pencegahan Jatuh (SIKI.I.14540) 1. Identifikasi faktor jatuh faktor lingkungan 2. Identifikasi faktor lingkungan 3. Gunakan alat bantu 4. Dekatkan bel panggil dengan pasien 5. Pasang handrail tempat tidur 6. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 7. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin

### 3.4 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan

**Tabel 3.5** Tindakan keperawatan dan catatan perkembangan

Hari/ Tgl	No diagnosa	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAP/catatan perkembangan
Senin, Desember 2023	1	07.30 Wib	Memonitor penyebab peningkatan TIK ( infark lama pada pasien)	<i>Agung</i>	<b>Dx 1 Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d infark</b> S : keluarga mengatakan Pasien masih lemah, pusing dan berbicara masih lambat saat ditanya
	1	08.00	Memberikan posisi semifowler pada pasien 45 <sup>0</sup>		O :
	1	08.15	Memberikan terapi obat flunarizine untuk mencegah datangnya sakit kepala pada pasien		1. GCS 456 2. Tekanan darah 140/80 mmHg 3. Nadi 84 4. Suhu 36,1 <sup>0</sup> C 5. RR 20x/menit
	1	09.00	Memonitor TIK (TD: 140/60 mmHg, nadi 87x/menit)		A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
	1	09.30	Memonitor MAP $(140 + (2 \times 60)) / 3 = (140 + 120) / 3$ 86,67		<b>Dx 2 Gangguan mobilitas fisik b.d. penurunan kekuatan otot</b>
	2	10.00	Mengkaji kemampuan otot pasien $\frac{1111}{1111}   \frac{5555}{5555}$		S : pasien mengeluh badan lemas, ekstremitas kanan (kaki & tangan terasa kaku dan sulit digerakkan  O :

Hari/ Tgl	No diagnosa	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAP/catatan perkembangan
	2	10.15	Mengubah posisi pasien setiap setiap 2 jam sekali,miring kanan miring kiri		1. Kemampuan otot 1111 5555 1111 5555
	2	10.30	Melatih pasien latihan Rom pasif/aktif		2. Pasien tidak menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas
	2	10.40	Melibatkan keluarga pasien dalam latihan mobilitas fisik		3. Pasien terbatas dalam gerak 4. Pasien tampak lemah
	2	11.00	Memonitor keadaan umum pasien saat melakukan mobilisasi		A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
	3	12.00	Mengkaji kemampuan komunikasi pasien : pasien sesekali menjawab dengan bicara pelo/tidak jelas,pasien kebanyakan diam		<b>Dx 3 gangguan komunikasi verbal b.d. penurunan sirkulasi serebral</b> S : - O :
	3	12.15	Memberikan edukasi kepada keluarga pasien untuk memberikan stimulus komunikasi		1. pasien sesekali menjawab dengan bicara pelo/tidak jelas,pasien kebanyakan diam 2. adanya afasia 3. pasien belum dapat berkomunikasi
	4	13.00	Mengidentifikasi faktor resiko jatuh		A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
	4	13.15	Memastikan roda bed tidur selalu terkunci		<b>Dx 4. Resiko Jatuh</b>
	4	13.30	Menganjurkan memakai alas kaki yang tidak licin saat akan mobilisasi		S : - O :

Hari/ Tgl	No diagnosa	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAP/catatan perkembangan	
Selasa, Desember 2023	19	1	07.30	Memonitor nilai MAP $(S + 2D)/3=(140+2(90))/3$ 106,6 Nilai normal 70-105mmHg	<i>Agung</i>	1. pasien tampak lemah 2. parese ektrimitas kanan 3. kekuatan otot menurun  A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan <b>Dx 1, Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d infark</b> S : keluarga mengatakan Pasien masih lemah, pusing dan berbicara masih lambat saat ditanya  O : 1. TD : 140/90 mmHg 2. Nadi :95 3. Suhu:36,3°C 4. SPO2: 97 5. GCS : 456
		4	07.45	Memastikan roda bed selalu terkunci		A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
		4	08.00	Memasang pagar pengaman tempat tidur		<b>Dx 2 Gangguan mobilitas fisik b.d. penurunan kekuatan otot</b> S : -  O :
		2	09.00	Mengkaji kemampuan otot pasien $\frac{1111}{1111}   \frac{5555}{5555}$		
		2	09.30	Memberikan latihan gerakan sederhana pasien dan keluarga pasien /ROM pasif,aktif		

Hari/ Tgl	No diagnosa	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAP/catatan perkembangan
	2	09.45	Mengevaluasi pasien dan keluarga pasien dalam melakukan alih baring pasien, miring kanan miring kiri		1. kemampuan otot bertambah 1111 5555 2222 5555
	1	10.00	Memberikan Injeksi citicoline 500 gr IV		2. pasien terlihat melakukan gerakan untuk meningkatkan aktifitas
	3	10.30	Mengkaji kemampuan komunikasi pasien : pasien sesekali menjawab dengan bicara pelo/tidak jelas, pasien kebanyakan diam		3. keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa alih baring dengan cara dibantu  A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan
	3	10.45	Melibatkan keluarga pasien dalam pemberian stimulus komunikasi kepada pasien		<b>Dx 3 gangguan komunikasi verbal b.d. penurunan sirkulasi serebral</b> S : -
	1	11.00	Monitor peningkatan TIK (TTV pasien TD : 140/90 mmHg, Nadi : 95, Suhu: 36,3oC, SPO2: 97, GCS : 456)		O : 1. pasien tidak ada tanda-tanda frustrasi 2. ketidakmampuan pasien mengungkapkan kebutuhn dasar
	1	11.15	Memberikan obat flunarizine 10 mg, amlodipine 10 mg		3. pasien mulai mampu memahani orang lain  A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan  <b>Dx 4. Resiko Jatuh</b> S : -

Hari/ Tgl	No diagnosa	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAP/catatan perkembangan
Rabu,20 Desember 2023	4	07.30 Wib	Memastikan roda bed selalu terkunci	<i>Agung</i>	O : 1. parese ekstrimitas kanan 2. kekuatan otot mulai bertambah 3. pasien masih agak lemah  A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan <b>Dx 1 Resiko perfusi cerebral tidak efektif d.d infark</b> S : Keluarga mengatakan pasien masih lemah, pusing dan belum bisa melakukan semua aktivitas
	4	07.45	Memasang pagar pengaman tempat tidur		
	1	08.00	Monitor peningkatan TIK (pasien terpasang infus RL 14 tpm,GDA : 166,TD: 120/80,Nadi:81,Suhu:36°C,SPO <sub>2</sub> :97)		O : 1. TD : 120/80 mmHg 2. Nadi : 81 3. Suhu : 36°C 4. SPO <sub>2</sub> : 97
	1	08.15	Memberikan injeksi citicoline 500mg/IV		
	2	09.00	Mengajarkan pasien dan keluarga pasien untuk mobilisasi duduk		A : Masalah sebagian teratasi (TD menurun) P : Intervensi dilanjutkan  <b>Dx 2 Gangguan mobilitas fisik b.d. penurunan kekuatan otot</b> S : -



Hari/ Tgl	No diagnosa	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAP/catatan perkembangan
	2	09.15	Menganjurkan pasien untuk mobilisasi sederhana (alih baring: miring kanan,miring kiri)		O : 1. kemampuan otot bertambah 1111 5555 2222 5555
	3	10.00	Mengajarkan kata-kata sederhana untuk diucapkan		2. pasien terlihat melakukan gerakan untuk meningkatkan aktifitas 3. keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa alih baring dengan cara dibantu
	3	10.10	Mempertahankan kontak mata selama berkomunikasi dengan pasien		A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan  <b>Dx 3 gangguan komunikasi verbal b.d. penurunan sirkulasi serebral</b> S : -  O : 1. pasien tidak ada tanda-tanda frustrasi 2. ketidakmampuan pasien mengungkapkan kebutuhn dasar 3. pasien mulai mampu memahami orang lain  A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan

Hari/ Tgl	No diagnosa	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAP/catatan perkembangan
					<p><b>Dx 4. Resiko Jatuh</b></p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. parese ekstrimitas kanan</li> <li>2. kekuatan otot mulai bertambah</li> <li>3. pasien masih agak lemah</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p>

## **BAB IV PEMBAHASAN**

Dalam Bab 4 mencakup asuhan keperawatan pada pasien Ny “W” dengan diagnose CVA Infark di ruang Pav VII Rumkital dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan pada tanggal 18 Desember 2024 s/d 20 Desember 2024. Pendekatan studi kasus bertujuan untuk menemukan kesenjangan antara teori dan praktik di bidang ini. Pembahasan proses keperawatan dimulai dari pengkajian, perumusan masalah, perencanaan keperawatan, pelaksanaan, dan evaluasi.

### **4.1 Pengkajian**

Penulis melakukan evaluasi terhadap Ny “W” dengan cara anamnesis riwayat kesehatan pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan memperoleh data dari pemeriksaan penunjang medis. Dalam hal ini pembahasan dimulai dari :

#### **1. Identitas Pasien**

Data yang didapatkan Ny “W” umur 59 tahun. Beragama Islam, bekerja sebagai ibu rumah tangga, status perkawinan janda cerai mati mempunyai 4 orang anak, pendidikan SMP. Pasien tinggal di daerah Surabaya. Usia diatas 55 tahun merupakan usia resiko tinggi terjadinya penyakit CVA Infark/CVA infark (Padila, 2015). Jenis kelamin laki-laki lebih beresiko terjadi CVA Infark 30% lebih tinggi dari jenis kelamin perempuan. Semakin tinggi usia seseorang semakin beresiko terjadi CVA Infark/CVA Infark (Muttaqin, 2015). Dalam hal ini faktor resiko penyebab CVA Infark adalah penderita hipertensi, diabetes mellitus, tingkat kolesterol yang berlebih, penyakit kardiovaskuler, obesitas, perokok dan alkoholik.

## 2. Keluhan utama dan riwayat penyakit

Keluhan utama pada Ny “W” adalah sejak badan sebelah kanan/ektrimitas kanan susah digerakkan. Menurut (Tarwoto, 2015) Kelumpuhan mendadak pada salah satu sisi wajah atau tubuh (hemiparesis) atau hemiplegia ( kelumpuhan ). Kelumpuhan disebabkan oleh kerusakan pada korteks motorik korteks frontal. Lesi ini bersifat kontralateral. Artinya , jika belahan otak kanan rusak, maka otot-otot di sisi kiri menjadi lumpuh. Pasien juga kehilangan kendali atas otot-otot sensoriknya yang lemah dan tidak mampu melakukan peregangan atau membungkuk.

Riwayat penyakit yang dialami oleh Ny “W”, pasien mempunyai penyakit hipertensi dan diabetes mellitus. Pada tanggal 13 Desember 2023 pasien dibawa ke rumah sakit oleh keluarganya dengan keluhan badan sebelah kanan/ektrimitas kanan susah digerakkan,komunikasi sulit karena pelo. Menurut (Ariani, 2014) adanya riwayat hipertensi dan diabetes merupakan faktor risiko potensial terjadinya CVA Infark.

Pada saat dilakukan pengkajian terhadap pasien riwayat dahulu didapatkan data bahwa pasien menderita penyakit hipertensi dan diabetes mellitus sehingga menyebabkan terjadinya CVA Infark.

Pengkajian riwayat penyakit keluarga dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui penyebab dari CVA infark. Pengkajian dilakukan terhadap keluarga pasien apakah terdapat penyakit yang serupa atau adanya penyakit keturunan dalam hal ini hipertensi dan diabetes mellitus. Hasil dari pengkajian didapatkan pada keluarga tidak ditemukan penyakit yang serupa dengan Ny. “W”.

### 3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan terhadap pasien sebagai penunjang untuk penegakan diagnosis keperawatan. Pemeriksaan per system yang dilakukan :

#### 1) B1 (pernapasan/*breathing*)

Pengkajian terhadap Ny “W” didapatkan : Bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris, napas spontan, tidak ada otot bantu napas, suara napas vasikuler, irama napas irregular, ada sesak napas, tidak ada ronchi (+/-), tidak ada wheezing (+/-), tidak ada sianosis, RR 20x/menit. Menurut (Tarwoto, 2015) Inspeksi pada pasien dengan CVA Infark biasanya di dapatkan pasien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sekret

#### 2) B2 (Sirkulasi darah/*Blood*)

Pengkajian pada pasien didapatkan tidak adanya nyeri dada, bentuk dada simetris, iktus kordis pada ICS ke V midclavicular lane sinistra, tidak ada bunyi jantung tambahan, tidak terdapat gallop, murmur. Tekanan darah 140/80mmHg, nadi 84, suhu 36,1<sup>0</sup>C, akral dingin, bunyi jantung S1S2 tunggal, konjungtiva anemis, terpasang infus di tangan sebelah kanan, CRT < 2 dtk

$$\text{MAP} = 1/3 \text{ sistole} + 2/3 \text{ diastole}$$

$$= 1/3 \ 140 + 2/3 \ 80$$

$$= 46,6 + 53,3$$

$$= 99,9 \text{ ( normal 70-110)}$$

Menurut (Tarwoto, 2015) Pengkajian pada system kardiovaskuler didapatkan renjatan (syok hipo volemik) yang sering terjadi pada pasien CVA Infark. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masih (tekanan darah >200 mmHg). Pasien sudah tidak mengalami hipertensi karena sudah mendapat terapi medis dari rumah sakit.

3) B3 (persarafan/*Brain*)

Pengkajian pada pasien didapatkan hasil : Kesadaran pasien composmentis, GCS 456 (membuka mata dengan spontan, orientasi pasien bingung, respon motorik baik), klien kooperatif, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudzinki, tidak ada nyeri kepala, tidak ada pusing, pasien mengalami demensia, pupil isokor, terdapat masalah keperawatan gangguan persepsi sensori. Data dari jurnal AHA (American Heart Association) 2022, CVA Infark merupakan penyebab demensia pada orang yang berusia di atas 60 tahun. Ny “W” mengalami demensia karena penurunan daya ingat dan kemampuan berpikir. Begitu juga dalam berkomunikasi dengan perawat atau keluarga pasien mengalami afasia motorik dikarenakan penyakit CVA Infark yang di deritanya.

4) B4 (Persarafan/*Bladder*)

Pengkajian pada pasien didapatkan hasil : Kebersihan genitalia bersih, terpasang kateter, jumlah urine yang keluar : 1200cc/24 jam, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada area abdomen, warna kuning jernih. Menurut (Ariani, 2014) CVA Infark infark juga dapat menyebabkan inkontinensia urin sementara karena pasien CVA Infark

infark tidak mampu mengkomunikasikan kebutuhannya dan mengontrol kandung kemihnya. Selama kateterisasi pasien tidak mengalami inkontinensia urine karena saat dirawat di rumah sakit mendapatkan monitoring pengeluaran urine oleh perawat setiap 6 jam sekali.

5) B5 (Pencernaan/*Bowel*)

Pengkajian pada pasien didapatkan hasil : Keadaan mulut bersih, membrane mukosa lembab, bentuk bibir normal, tidak ada stomatitis, gusi merah muda, tidak terdapat edema, kebiasaan gosok gigi tidak pernah gosok gigi selama di rumah sakit, tidak ada nyeri abdomen, kebiasaan BAB 1x/hari, konsistensi lembek, warna kecoklatan, bau khas, tempat yang biasa digunakan pempers, peristaltic 15x/menit, tidak ada masalah eliminasi alvi. Menurut (Ariani, 2014) pada pasien dengan CVA Infark terdapat adanya kesulitan makanan disertai dengan nafsu makan yang menurun. Pada Ny W tidak ditemukan masalah dalam menelan makanan.

6) B6 (muskuloskeletal/*Bone*)

Pengkajian pada pasien didapatkan hasil : Kemampuann pergerakan sendi dan tungkai (ROM) terbatas, persendian ekstremitas kanan tampak lemah.

1111	5555
1111	4444

Ekstremitas atas tangan kiri dapat menggenggam, dan dapat digerakkan dengan bebas. Tangan kanan tidak dapat digerakkan. Ekstremitas bawah kaki kiri dapat digerakkan melawan tahanan tetapi kekuatan berkurang,kaki kanan tidak dapat digerakkan. Menurut (Tarwoto, 2015) terdapat adanya kelumpuhan yang timbul mendadak pada wajah atau

sebagian dari tubuh (hemiparesis) atau hemiplegi (paralisis). Gangguan control motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas sisi yang berlawanan dari otak. Disfusi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hal ini dikarenakan neuron motor atas menyilang, gangguan control motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas sisi yang berlawanan dari otak. Pada Ny “W” kehilangan kontrol otot sensorik sehingga tidak mampu untuk menggerakkan badan ekstremitas kanan juga tangan maupun kaki. Hal ini yang menjadi salah satu penyebab pasien dikategorikan dalam resiko jatuh.

#### **4.2 Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah suatu kesimpulan yang dihasilkan dari analisa data . Diagnosis keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial. Masalah keperawatan pada pasien Ny “W” meliputi gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, dan resiko jatuh (SDKI, 2017) :

##### **1. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif**

Diagnosis Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan CVA infark pada pasien Ny “W” oleh penulis diangkat sebagai diagnosis utama. Hipertensi sangat berisiko mengalami perfusi perifer tidak efektif hal ini dikarenakan sirkulasi ke serebral atau ke otak mendapatkan hambatan karena dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya adalah hambatan yang terjadi oleh adanya



plak pada pembuluh darah yang diakibatkan pola hidup yang kurang sehat seperti merokok dan gemar makanan yang tinggi lemak. Pasien mempunyai riwayat hipertensi sejak umur 45 tahun. Apabila hipertensi ini tidak segera diatasi maka akan terjadi penyumbatan Tekanan darah yang tinggi memicu pecahnya pembuluh darah di otak, hal ini sama dengan stroke yang merupakan kondisi terjadinya penyumbatan dan pecahnya pembuluh darah di otak.

## 2. Gangguan Mobilitas Fisik

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ektrimitas yang dilakukan secara mandiri (SDKI, 2017). Masalah keperawatan ini ditegaskan berdasarkan data yang didapatkan meliputi faktor resiko pada Ny “W”, yaitu fisik pasien tampak lemah, kekuatan otot bagian kanan atas 1111 kanan bawah 1111, bagian kiri atas 5555 kiri bawah 4444, rentang gerak (ROM) terbatas. Aktifitas sehari-hari dibantu oleh keluarga. Diagnosis keperawatan ini penulis angkat karena apabila tidak segera diatasi maka akan terjadi atrofi otot serta mengakibatkan penurunan sirkulasi darah sehingga mengakibatkan adanya terjadinya kerusakan kulit/dekubitus.

## 3. Gangguan Komunikasi Verbal

Gangguan komunikasi verbal menggambarkan ketidakmampuan menerima, menyampaikan, atau memproses bahasa. Masalah keperawatan ini ditegaskan berdasarkan data yang didapatkan meliputi faktor resiko pada Ny “W”, yaitu pasien tampak lemas, kurang adanya respon saat diajak berbicara, kemudian pasien bicara pelo. Salah satu penyebab dari gangguan komunikasi verbal adalah penurunan sirkulasi serebral. Dalam hal ini diperlukan adanya stimulus komunikasi baik dari perawat dan keluarga pasien dengan tujuan supaya tidak

adanya hambatan komunikasi antar pasien dengan perawat dan anggota keluarga pasien.

#### 4. Resiko Jatuh

Risiko Jatuh adalah pasien yang beresiko untuk jatuh yang umumnya disebabkan oleh faktor lingkungan dan faktor fisiologis yang dapat berakibat cedera. Masalah keperawatan ini ditegaskan berdasarkan data yang didapatkan meliputi faktor resiko pada Ny “W” yaitu kekuatan otot yang menurun dan adanya demensia. Kemungkinan resiko jatuh yang tinggi pada pasien karena terdapat kelumpuhan badan yang diderita. Diperlukan adanya penjagaan yang lebih terhadap pasien sesuai dengan prinsip *Patient Safety* atau keselamatan pasien di rumah sakit yang merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat pasien lebih aman (Ningsih & Endang Marlina, 2020) penulis menegaskan diagnose keperawatan pada prioritas ketiga, dalam hal ini Ny “W” mengalami kekuatan otot yang menurun dan mengalami demensia dan juga pasien seringkali ingin turun dari tempat tidur.

### 4.3 Perencanaan

#### 1. Resiko Perfusi Serebral ditandai dengan Infark

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil tingkat kesadaran meningkat, sakit kepala menurun, gelisah menurun, tekanan intrakranial membaik. Intervensi yang dilakukan monitor penyebab peningkatan TIK (edema serebral), monitor peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, serta pola napas), monitor MAP, monitor penurunan tingkat kesadaran, pertahankan posisi kepala dan leher netral (posisi semifowler)

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat. Intervensi yang dilakukan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, anjurkan mobilisasi dini dan ajarkan mobilisasi sederhana.

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka pasien dapat berkomunikasi secara efektif dengan kriteria hasil mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal, mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain, mampu mengomunikasikan kebutuhan dasar. Intervensi yang dilakukan adalah monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. Gunakan metode komunikasi alternatif mis : menulis, pakai kedinginan mata. Anjurkan bicara perlahan, ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara

4. Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat duduk menurun. Intervensi yang dilakukan adalah dengan identifikasi faktor resiko jatuh, hitung resiko jatuh dengan

menggunakan skala, memastikan tempat tidur dan kursi roda selalu terkunci, dekatkan bel dengan posisi pasien.

#### **4.4 Pelaksanaan**

1. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif ditandai dengan Infark

Implementasi yang dilakukan Memonitor penyebab peningkatan TIK ( infark lama pada pasien), memberikan posisi semifowler pada pasien 45<sup>0</sup>, memberikan terapi obat flunarizine untuk mencegah datangnya sakit kepala pada pasien, memonitor TIK (TD: 140/60 mmHg, nadi 87x/menit)

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Implementasi yang dilakukan mengkaji kemampuan otot, mengubah posisi pasien setiap setiap 2 jam sekali, miring kanan miring kiri, melatih pasien latihan Rom pasif/aktif, mengevaluasi pasien dan keluarga pasien dalam alih baring pasien, miring kanan miring kiri. Implementasi ini dilakukan agar kerusakan jaringan/dekubitus yang diakibatkan karena penurunan sirkulasi dapat dihindari dan atrofi otot tidak terjadi

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

Implementasi yang dilakukan mengkaji kemampuan komunikasi pasien : pasien sesekali menjawab dengan bicara pelo/tidak jelas, pasien kebanyakan diam, memberikan edukasi kepada keluarga pasien untuk memberikan stimulus komunikasi. Implementasi ini dilakukan agar komunikasi efektif dapat terjaga baik dengan cara verbal ataupun non verbal.

4. Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun

Implementasi yang dilakukan mengidentifikasi faktor resiko jatuh, memastikan roda bed tidur selalu terkunci, memasang gelang resiko jatuh, memasang pagar pengaman tempat tidur. Implementasi ini dilakukan untuk menurunkan tingkat jatuh pada pasien.

#### **4.5 Evaluasi**

Evaluasi akhir pada diagnosis pertama Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan infark masalah keperawatan sebagian dapat teratasi. Tekanan darah pasien menurun 120/80 mmHg. Didapatkan pada hari ketiga pengkajian.

Evaluasi akhir pada diagnosis kedua Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan sebagian dapat teratasi. Pasien terlihat melakukan gerakan untuk meningkatkan aktifitas, keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa alih baring dengan cara dibantu, kekuatan otot mulai membaik. Didapatkan pada hari ketiga pengkajian.

Evaluasi akhir pada diagnosis ketiga gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan sebagian dapat teratasi. Pasien mulai mampu memahami orang lain saat komunikasi dilakukan. Didapatkan pada hari ketiga pengkajian.

Evaluasi akhir pada diagnosis keempat resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan sebagian dapat teratasi. Kekuatan otot pasien mulai bertambah. Didapatkan pada hari ketiga pengkajian.

## **BAB V PENUTUP**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan dan pengamatan pada Ny “W” di ruang Pav VII Rumkital dr. Ramelan Surabaya, sehingga penulis dapat mengambil kesimpulan dan juga saran yang bisa bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis CVA Infark.

### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil uraian mengenai asuhan keperawatan terhadap Ny “W” dengan diagnosis medis CVA Infark, maka penulis mendapatkan kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada saat pengkajian didapatkan pasien Ny. “W”, seorang perempuan berumur 59 th, pada tanggal 13 Desember 2024 pukul 16.00 WIB dibawa ke IGD RSPAL dr. Ramelan, Surabaya diantar oleh keluarganya. Keluarga pasien mengatakan Ny. “W” mengalami intoleransi aktifitas, hemiparesis bagian tubuh sebelah kanan. Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) terbatas, persendian ekstremitas kanan tampak lemah, pergerakan terbatas pasien mengeluh untuk badan sebelah kanan susah digerakkan, mengalami penurunan kesadaran sejak 5 hari yang lalu, mengalami hambatan dalam berkomunikasi/afasia dengan tanda dan gejala yang didapatkan sehingga dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari harus bergantung dengan orang lain dalam hal ini keluarga pasien.
2. Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan infark, gangguan mobilitas fisik berhubungan

dengan penurunan kekuatan otot, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan perfusi serebral, dan resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun.

3. Tahap perencanaan disesuaikan dengan intervensi utama dan tidak semua rencana keperawatan tercantum sesuai dengan tinjauan pustaka, tapi disesuaikan dengan etiologi dan diagnosis dari masalah keperawatan
4. Intervensi yang direncanakan sesuai dengan panduan buku SDKI DPP PPNI (2017) tidak semua tercantum pada tinjauan kasus, dalam hal ini disesuaikan dengan diagnosis dan etiologi dari masalah keperawatan.
5. Implementasi keperawatan terhadap masalah keperawatan dilaksanakan dengan melaksanakan pemeriksaan fisik tentang gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor penyebab kelelahan fisik dan emosional pasien, serta dengan berkolaborasi dengan tim kesehatan yang lain
6. Analisis tindakan dan evaluasi terhadap pasien tentang masalah keperawatan resiko perfusi serebral belum sepenuhnya teratasi, gangguan mobilitas fisik belum sepenuhnya teratasi, gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian, dan resiko jatuh teratasi sebagian.

## **5.2 Saran**

Saran yang dapat diberikan oleh penulis berdasarkan beberapa kesimpulan diatas adalah sebagai berikut :

1. Bagi pasien dan keluarga

Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan hendaknya pasien dan keluarga lebih memperhatikan hal dalam perawatan pasien dengan stroke seperti segera membawa pasien jika muncul gejala stroke, memberi support

pada anggota keluarga yang sakit serta membantu anggota melakukan mobilisasi.

2. Bagi profesi kesehatan

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

3. Bagi peneliti hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan studi kasus pada perawatan pasien dengan diagnosis medis CVA Infark. Untuk mencapai hasil pengobatan yang lebih baik diperlukan hubungan yang baik antara tim medis, keluarga, dan pasien.

4. Bagi profesi lain diharapkan penelitian ini dapat memberikan tambahan khasanah keilmuan dan pemahaman yang baik tentang keperawatan pada pasien CVA Infark.

5. Bagi manajemen keperawatan di Rumah Sakit.

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



## DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, T. A. (2014). *Sistem Neurobehavior*. Salemba Medika.
- Esther, C. (2014). *Patofisiologi: Aplikasi pada praktik keperawatan*. EGC.
- Fransisca B, B. (2015). *Asuhan Keperawatan klien dengan gangguan Sistem Persarafan*. Sapta Sentosa, 2014.
- Hartikasari, A. (2015). *stroke kenali, cegah, dan obati*. Yogyakarta.
- Muttaqin, A. (2015). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Salemba Medika, 2014.
- Ningsih, N. S., & Endang Marlina. (2020). Pengetahuan Penerapan Keselamatan Pasien (Patient Safety) Pada Petugas Kesehatan. *Jurnal Kesehatan*, 9(1), 59–71. <https://doi.org/10.37048/kesehatan.v9i1.120>
- Padila. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Dilengkapi Asuhan Keperawatan Pada Sistem Cardio, Perkemihan, Integumen, Persyarafan, Gastrointestinal, Muskuloskeletal, Reproduksi, dan Respirasi*. Nuha Medika.
- RISKESDAS. (2018). *Hasil utama riset kesehatan dasar*.
- SDKI, P. T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2017.
- Setiadi. (2016). *Dasar-dasar Anatomi dan Fisiologi Manusia*. Indomedia Pustaka, 2016.
- Sudoyo. (2014). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Jakarta Pusat : Interna Publishing.
- Tarwoto. (2015). *Keperawatan medikal bedah gangguan sistem persarafan*. Sagung Seto/2013, 2013.

**Lampiran 1****DAFTAR RIWAYAT HIDUP  
(CURRICULUM VITAE)****A. Identitas diri**

Nama : AGUNG WAHYU NUGROHO  
 Tempat/tgl lahir : Magetan, 02 Maret 1987  
 Alamat : Jl. Manggis RT.16/RW.03, Ds. Gulun,  
 Kec.Maospati, Kab. Magetan, Timur  
 Nama Ayah : Suwito (Alm)  
 Nama Ibu : Sri Sunarni  
 No. Telepon : 081-283-707-181  
 E-mail : agungwahyunugroho2121014@stikeshangtuah-  
 sby.ac.id

**A. Riwayat pendidikan**

1. Lulus Tahun 1999 : SDN Gulun I
2. Lulus Tahun 2002 : SLTP N 1 Maospati
3. Lulus Tahun 2004 : SMKN 1 Madiun
4. Lulus Tahun 2008 : DIKMATA PK XXVII
5. 2021 – sekarang : Menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan  
 STIKES Hang tuah Surabaya.

## Lampiran 2

## SPO Pemberian Obat Oral

Pengertian	Suatu tindakan dalam memberikan obat dengan cara di minumkan ke pasien
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam melaksanakan pemberian obat kepada pasien dengan cara diminumkan ke pasien
Kebijakan	<p>Alat dan bahan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obat tablet, kapsul atau cair</li> <li>2. Air susu jus (bila tidak ada kontra indikasi) dalam gelas</li> <li>3. Sendok k/p</li> <li>4. Penumbuk obat k/p</li> <li>5. Gelas pengukur obat k/p</li> <li>6. DO (daftar obat)</li> </ol> <p>Persiapan Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan pasien setengah duduk atau duduk di tempat tidur bila memungkinkan</li> <li>2. Pasien yang tidak bisa mobilisasi, posisikan kepala pasien untuk miring ke salah satu bagian tubuh</li> </ol> <p>Persiapan petugas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. APD kalau diperlukan</li> </ol>
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawat melakukan kebersihan tangan sesuai prosedur</li> <li>2. Perawat menyiapkan obat oral sesuai dosis untuk pasien</li> <li>3. Perawat membawa obat oral yang telah disiapkan</li> <li>4. Perawat melakukan dobel cek dengan perawat lain</li> <li>5. Perawat memberikan tanda tangan pada kolom yang disediakan sebagai bukti dobel cek telah dilakukan</li> <li>6. Perawat melakukan identifikasi sesuai prosedur</li> <li>7. Perawat menjelaskan kepada pasien/keluarga tentang obat yang akan diminum, bila tidak ada pertanyaan obat baru dibuka dari bungkus dan diberikan kepada pasien</li> <li>8. Perawat mengatur posisi pasien dengan nyaman untuk mempermudah pasien menelan obat yang akan diberikan</li> <li>9. Perawat meminumkan obat oral ke pasien dengan menawarkan kepada pasien dengan apa pasien harus minum obat</li> <li>10. Perawat meminumkan obat dengan memperhatikan kondisi pasien</li> <li>11. Perawat melakukan obserbasi kepada pasien waktu minum obat, apakah benar-benar diminumkan atau tidak, bila pasien kesulitan menelan, masukkan jari dengan sarung tangan untuk memasukkan obat jauh ke belakang baru diberikan minum</li> <li>12. Perawat melakukan kebersihan tangan sesuai prosedur</li> <li>13. Perawat melakukan cek kembali setelah 30 menit untuk melihat respon klien terhadap obat oral</li> <li>14. Perawat melaukan dokumentasi tindakan pemberian obat oral dengan melingkari pada jam program pemberian obat oral yang telah ditentukan dan mendokumentasikan respon pasien ke dalam catatan terintegrasi</li> </ol>

## Lampiran 3

STANDART PROSEDUR OPERASIONAL	Pemeriksaan Fisik + GCS + 12 Nervus Kranial
Pengertian	Melakukan pemeriksaan pada klien dengan teknik cephalocaudal melalui inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi
Tujuan	Untuk menilai status kesehatan klien, mengidentifikasi faktor resiko kesehatan dan tindakan pencegahan, mengidentifikasi pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan, mengevaluasi terhadap perawatan dan pengobatan pada klien
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Asma Bronchial</li> <li>2 Bronkopneumonia</li> <li>3 Bronkitis</li> <li>4 Bronkiolitis</li> </ol>
Persiapan alat	<p>Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Status klien</li> <li>2. Dracing car beralas/baki beralas yang berisi alat2: tensimeter, termometer, stetoskop, jam tangan, Botol 3 buah berisi cairan (air bersih, desinfektant, air sabun), kertas tissue, lampu senter, otoskop, ophthalmoskop (kalau perlu), meteran, refleks hammer, garputala (kalau perlu), spekulum hidung, spatel lidah, kaca laring, sarung tangan, bengkok, kassa steril, timbangan berat badan, bahan aromatik, alat tulis</li> </ol> <p>Klien dan lingkungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisi</li> <li>2. Sampiran</li> <li>3. Pengosongan rektum dan kandung kemih (kalau perlu)</li> </ol>
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan pemeriksaan pada klien</li> <li>2. Catat nama klien dan tanggal pemeriksaan</li> <li>3. Cuci tangan</li> <li>4. Lakukan pemeriksaan keadaan umum / penampilan umum klien</li> <li>5. Lakukan pemeriksaan tanda vital <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Suhu tubuh</li> <li>b. Denyut nadi</li> <li>c. Pernafasan</li> <li>d. Tekanan darah</li> </ol> </li> <li>6. Lakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan</li> <li>7. Lakukan pemeriksaan kepala dan leher: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Kepala <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Amati bentuk kepala, keadaan kulit kepala, keadaan rambut dan wajah</li> <li>2) Raba ubun – ubun (bila umur &lt;2 tahun) dan adanya benjolan</li> </ol> </li> <li>b) Mata <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Amati kelengkapan dan kesimetrisan mata, pupil (ukuran, bentuk, respon terhadap cahaya), kornea, konjungtiva, dan warna sklera</li> <li>2) Amati dan palpasi kelopak mata/palpebral</li> <li>3) Lakukan test ketajaman penglihatan dengan kartu snellen (kp)</li> <li>4) Ukur tekanan bola mata dengan tonometer (kp)</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

	<p>5) Lakukan test luas lapangan pandang (kp)</p> <p>c) Hidung</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Amati posisi septum nasi</li> <li>2) Amati lubang hidung seperti kelembaban, mukosa, sekret dan adanya polip, apabila perlu gunakan speculum</li> <li>3) Amati adanya pernafasan cuping hidung</li> </ol> <p>d) Telinga</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Amati dan raba bentuk telinga, ukuran telinga dan ketegangan daun telinga</li> <li>2) Amati lubang telinga: adanya serumen, benda asing, membran tipani</li> <li>3) Raba pembesaran kelenjar limfe di depan telinga dan belakang telinga</li> <li>4) Apabila perlu lakukan test pendengaran dengan memakai garpu tala</li> </ol> <p>e) Mulut dan Faring</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Amati keadaan bibir</li> <li>2) Amati warna bibir</li> <li>3) Amati keadaan gusi dan gigi</li> <li>4) Amati keadaan lidah</li> <li>5) Lakukan pemeriksaan rongga mulut</li> </ol> <p>f) Leher</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Amati dan raba posisi trakea</li> <li>2) Amati dan raba pembesaran kelenjar tiroid</li> <li>3) Amati dan raba bendungan vena jugularis</li> <li>4) Raba nadi karotis</li> <li>5) Raba pembesaran kelenjar limfe di leher, supra klavikula</li> </ol> <p>8. Lakukan pemeriksaan kulit/integumen dan kuku</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Amati kebersihan kulit dan adanya kelainan</li> <li>b. Amati warna kulit</li> <li>c. Raba kehangatan kulit, kelembaan, tekstur dan turgor</li> <li>d. Amati bentuk dan warna kuku</li> <li>e. Amati warna telapak tangan</li> <li>f. Cek CRT (2apillary refill time)</li> </ol> <p>9. Lakukan pemeriksaan ketiak dan payudara</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Amati ukuran, bentuk, dan posisi, adanya perubahan warna, pembengkakan dan luka</li> <li>b. Raba adanya benjolan, nyeri tekan dan secret</li> <li>c. Raba pembesaran kelenjar limfe di ketiak</li> </ol> <p>10. Lakukan pemeriksaan thorak bagian depan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Inspeksi bentuk dada, kesimetrisan pergerakan dada, adanya retraksi interkosta</li> <li>b. Palpasi kesimetrisan pergerakan dada</li> <li>c. Palpasi taktil fremitus</li> <li>d. Palpasi ictus cordis pada area intercosta ke 5 mid klavikula kiri</li> <li>e. Lakukan perkusi dada</li> <li>f. Auskultasi suara nafas: trakeal, brinkhial, bronkovesikuler dan vesikuler</li> <li>g. Auskultasi suara nafas tambahan: ronkhi, wheezing, rales, pleural friction rub</li> <li>h. Auskultasi bunyi jantung I dan II serta bunyi jantung tambahan (kalau ada)</li> </ol>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Auskultasi bising jantung/murmur</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Lakukan pemeriksaan thorak bagian belakang       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Inspeksi bentuk dada, kesimetrisan pergerakan dada, adanya retraksi interkosta</li> <li>b. Palpasi kesimetrisan pergerakan dada</li> <li>c. Palpasi taktil fremitus</li> <li>d. Lakukan perkusi dada</li> <li>e. Auskultasi suara nafas: trakeal, brinkhial, bronkovesikuler dan vesikuler</li> <li>f. Auskultasi suara nafas tambahan: ronkhi, wheezing, rales, pleural friction rub</li> </ol> </li> <li>12. Lakukan pemeriksaan abdomen       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Inspeksi bentuk, adanya massa dan pelebaran pembuluh darah pada abdpmen</li> <li>b. Auskultasi bising usus</li> <li>c. Perkusi bunyi abdomen, cek adanya ascites</li> <li>d. Palpasi nyeri, adanya benjolan, turgor</li> <li>e. Palpasi hepar</li> <li>f. Palpasi lien</li> <li>g. Palpasi titik Mc. Burnley</li> <li>h. Palpasi adanya retensio urine</li> <li>i. Palpasi massa feses</li> </ol> </li> <li>13. Lakukan pemeriksaan genetalia dan daerah sekitarnya (bila perlu) :       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Genitalia Pria           <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Amati kebersihan rambut pubis, kulit sekitar pubis, kelainan kulit penis dan skrotum, lubang uretra</li> <li>2) Raba adanya benjolan atau kelainan pada penis, skrotum dan testis</li> </ol> </li> <li>b. Genitalia wanita           <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Amati rambut pubis, kulit sekitar pubis, bagian dalam labio mayora dan labio minora, klitoris, lubang uretra dan perdarahan</li> <li>2) Raba daerah inguinal</li> </ol> </li> <li>c. Anus           <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Amati adanya lubang anus (pada bayi baru lahir), kelainan pada anus, perineum, benjolan, pembengkakan</li> <li>2) Raba adanya nyeri</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>14. Lakukan pemeriksaan muskuloskeletal (ekstremitas) :       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Inspeksi kesimetrisan otot</li> <li>b. Inspeksi struktur dan bentuk tulang leher, tulang belakang, ekstremitas atas dan bawah untuk mengetahui adanya lordosis, khyposis dan scoliosis</li> <li>c. Amati ROM dan gaya berjalan</li> <li>d. Palpasi adanya oedem</li> <li>e. Uji kekuatan otot</li> <li>f. Amati adanya kelainan pada ekstremitas</li> </ol> </li> <li>15. Lakukan pemeriksaan neurologi:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan pemeriksaan tingkat kesadaran dengan GCS (Glasgow Coma Scale) Tata cara :           <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas mencuci tangan</li> <li>2. Petugas membawa pasien ke tempat yang aman</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>
--	--

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Petugas mengkaji respon pasien meliputi:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Eye (respon membuka mata)           <ol style="list-style-type: none"> <li>(4) spontan</li> <li>(3) dengan rangsang suata (suruh pasien membuka mata)</li> <li>(2) dengan rangsang nyeri (berikan rangsangan nyeri (berikan rangsangan nyeri, misalnya menekan kuku jari)</li> <li>(1) tidak ada respon</li> </ol> </li> <li>b. Verbal (respon verbal)           <ol style="list-style-type: none"> <li>(5) orientasi baik</li> <li>(4) bingung : berbicara mengacau (sering bertanya berulang ulang) disorientasi tempat dan waktu</li> <li>(3) kata kata saja (berbicara tidak jelas, tapi kata kata masih jelas, namun tidak dalam satu kalimat, misalnya (aduh bapak)</li> <li>(2) suara tanpa arti (mengerang)</li> <li>(1) tidak ada respon</li> </ol> </li> <li>c. Motor (respon motorik)           <ol style="list-style-type: none"> <li>(6) mengikuti perintah</li> <li>(5) melokalisir nyeri (menjangkau dan menjauhkan stimulus saat diberi rangsang nyeri)</li> <li>(4) withdraws (menghindar/menarik extrimitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsang nyeri)</li> <li>(3) fleksi abnormal (tangan satu atau keduanya posisi kaku diatas dada dan kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri.</li> <li>(2) ekstensi abnormal (tangan satu atau keduanya ekstensi di sisi tubuh, dengan jari mengepal dan kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri)</li> <li>(1) tidak ada respon</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>4. Hasil hasil pemeriksaan tingkat kesadaran dengan pemeriksaan GCS disajikan dengan simbol E.....V..... M .....</li> <li>5. Petugas mencuci tangan</li> <li>6. Petugas mencatat hasil pemeriksaan            Dengan kriteria GCS:            14-15: CKR (Cedera kepala ringan)            9-13: CKS (Cedera Kepala Sedang)            3-8 : CKB (Cedera Kepala Berat)         </li> <li>b. Periksa tanda rangsangan menineal/otak: adanya sakit kepala, kaku kuduk, muntah, kejang, penurunan kesadaran dan febris</li> <li>c. Periksa fungsi motorik: ukuran otot, gerakan yang tidak disadari</li> <li>d. Periksa fungsi sensorik:       <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan klien menutup mata usapkan kapas pada</li> <li>2) Wajah lengan dan tungkai. Tanyakan respon klien</li> <li>3) Anjurkan klien menutup mata, sentuhkan peniti atau benda tajam yang lain pada kulit, anjurkan klien mengatakan tajam, tumpul atau tidak tahu</li> <li>4) Anjurkan klien menutup mata, sentuhkan tabung berisi air hangat dan dingin. Anjurkan klien mengatakan panas, dingin atau tidak tahu</li> </ol> </li> </ol>
--	--

	<p>e. Periksa saraf kranialis:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nervus Olfactorius: Anjurkan klien menutup mata dan anjurkan klien mengidentifikasi bau yang diberikan</li> <li>2) Nervus Optikus: Gunakan Snellen chart pada jarak 5 meter dan periksa lapang pandang klien dengan menyalakan sebuah benda yang bersinar dari samping belakang ke depan</li> <li>3) Nervus Oculomotorius: Tatap mata klien dan anjurkan klien untuk menggerakkan mata dari dalam ke luar dan dengan menggunakan lampu senter uji reaksi pupil dengan memberi rangsangan sinar ke dalamnya.</li> <li>4) Nervus Trochlearis: Anjurkan klien melihat ke bawah dan kesamping dengan menggerakkan tangan pemeriksa.</li> <li>5) Nervus trigeminus :       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Cabang dari optalmikus: Anjurkan klien melihat ke atas, dengan menggunakan kapas sentuhkan pada kornea samping untuk melihat refleksi kornea. Untuk sensasi kulit wajah, usapkan kapas pada dahi dan paranasalis klien</li> <li>b. Cabang dari maksilaris: Sentuhkan kapas pada wajah klien dan uji kepekaan lidah dan gusi</li> <li>c. Cabang dari mandibularis: Anjurkan klien untuk menggerakkan atau mengatupkan rahangnya dan memegang giginya. Untuk sensasi kulit wajah, sentuhkan kapas pada kulit wajah</li> </ol> </li> <li>6) Nervus Abdusen: Anjurkan klien melihat ke samping kiri kanan dengan bantuan tangan pemeriksa</li> <li>7) Nervus Facialis: Anjurkan klien tersenyum, mengangkat alis, mengerutkan dahi. Dengan menggunakan garam dan gula, uji rasa 2/3 lidah depan klien.</li> <li>8) Nervus Auditori: Gunakan garputala untuk menguji pendengaran klien</li> <li>9) Nervus Glossopharingeal: Anjurkan klien berkata "ah" untuk melihat refleksi, anjurkan klien untuk menggerakkan lidah dari sisi ke sisi, atas ke bawah secara berulang-ulang</li> <li>10) Nervus Vagus: Anjurkan klien berkata "ah", observasi gerakan palatum dan faring, perhatikan kerasnya suara</li> <li>11) Nervus Ascensorius: Anjurkan klien untuk menggeleng dan menoleh ke kiri, kanan dan anjurkan klien mengangkat salah satu bahunya keatas dengan memberi tekanan pada bahu tersebut, Amati kekuatannya</li> <li>12) Nervus Hipoglosal : Anjurkan klien untuk menjulurkan dan menonjolkan lidah pada garis tengah kemudian dari sisi ke sisi</li> </ol> <p>16. Lakukan pemeriksaan refles fisiologis:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Reflek Biseps: Posisikan lengan klien dalam fleksi pronasi pegang siku dan lakukan perkusi pada insertio musculus biseps brachi. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi.</li> <li>b. Reflek Triseps: Fleksikan lengan klien pada siku dan letakkan tangan klien pada lengan bawah pemeriksa. Lakukan perkusi pada insertio musculus triseps brachi. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi.</li> </ol>
--	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Reflek Patella: Atur tungkai klien semifleksi dan terayun. Lakukan perkusi pada tendo patella. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi.</li> <li>d. Reflek Brachiradialis: Letakkan lengan bawah klien pada abdomen atau samping lengan kliendengan rileks. Lakukan perkusi pada radius 2-5 cm dari pergelangan. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi.</li> <li>e. Reflek Pectoralis: Atur lengan klien semi abduksi. Lakukan perkusi pada lipatan tendon anterior aksila.</li> <li>f. Reflek fleksor jari-jari: Pegang pergelangan tangan klien, ajurkan rileks. Letakkan jari pemeriksa di atas jari klien. Lakukan perkusi di atas jari pemeriksa. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi.</li> <li>g. Reflek Achilles: Tumit dalam keadaan rileks dan kaki lurus. Lakukan perkusi pada tendon achiles. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi.</li> </ul> <p>17. Lakukan pemeriksaan refleks patologis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Reflek Babinski: Lakukan penggoresan pada telapak kaki dengan menggunakan benda tumpul. Dari belakang menyusuri bagian lateral dan menyeberang ke medial menuju ibu jari kaki. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi.</li> <li>b. Reflek Chaddock: Lakukan penggoresan dengan menggunakan benda tumpul pada tepi kaki mulai dari maleolus lateralis menuju kelingking. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi.</li> <li>c. Reflek Schaeffer: Lakukan penekanan pada tendon achiles. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi.</li> <li>d. Reflek Gordon: Lakukan penekanan pada muskulus gastroknemius. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi.</li> <li>e. Reflek Bing: Lakukan penggoresan secara berulang-ulang pada bagian lateral/sisi luar kaki. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi.</li> <li>f. Reflek Gonda: Tariklah jari-jari kaki dengan cepat dan hati-hati mulai dari kelingking. Perhatikan reaksi yang terjadi pada ibu jari kaki.</li> </ul>
--	--

## Lampiran 4

## SPO Pemberian Obat Melalui Injeksi Intravena

Pengertian	Pemberian obat intravena adalah cara menyuntikkan obat yang dilakukan pada pembuluh Darah vena.
Tujuan	Memberikan obat kepada klien melalui pembuluh darah vena
Prosedur	<p>A. Persiapan Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pastikan kebutuhan klien akan pemberian obat intravena (IV)</li> <li>2. Sampaikan salam</li> <li>3. Jelaskan kepada klien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan</li> </ol> <p>B. Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baki/meja obat</li> <li>2. Jarum dan spuit sesuai ukuran yang dibutuhkan yang telah berisi obat.</li> <li>3. Kapas alkohol/alkohol swab</li> <li>4. Bak spuit</li> <li>5. Torniket</li> <li>6. Buku obat/catatan</li> <li>7. Bengkok obat</li> <li>8. Sarung tangan</li> <li>9. Tempat sampah medis khusus</li> <li>10. Perlak/pengalas</li> </ol> <p>C. Persiapan obat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cek 7 benar pemberian obat</li> <li>2. Siapkan obat hanya untuk satu kali pemberian pada satu klien</li> </ol> <p>D. Persiapan lingkungan : Jaga privasi pasien dengan menutup tirai pada tempat tidur pasien</p> <p>E. Langkah prosedur</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan</li> <li>2. Bawa obat yang telah dipersiapkan untuk diberikan langsung kepada klien. Jangan meninggalkan obat tanpa pengawasan</li> <li>3. Bandingkan nama yang tertera di buku obat atau pada gelang nama yang terpasang pada klien</li> <li>4. Dekatkan alat-alat ke klien</li> <li>5. Beritahu kembali klien akan prosedur tindakan yang akan dilakukan.</li> <li>6. Pasang pengalas di area yang akan dilakukan penyuntikan</li> <li>7. Pasang sarung tangan</li> </ol> <p>F. Jika Terpasang Infus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cari tempat penusukan suntikan, biasanya dekat dengan IV line (abocath)</li> <li>2. Bersihkan tempat penusukan dengan alkohol swab dan biarkan sesaat sampai mengering (jangan ditiup)</li> <li>3. Matikan aliran cairan infus ke vena klien.</li> <li>4. Siapkan spuit yang telah berisi obat. Jika dalam tabung spuit masih terdapat udara, maka udara harus dikeluarkan terlebih dahulu.</li> <li>5. Masukkan jarum spuit ke tempat penusukan</li> <li>6. Secara perlahan, suntikkan obat ke dalam selang infus. Sesuaikan waktu pemberian dengan jenis obat.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>7. Setelah obat masuk semua, segera cabut spuit, tutup jarum dengan teknik one hand, lalu buang ke tempat sampah medis alat tajam habis pakai.</li><li>8. Setelah obat masuk semua, buka kembali aliran cairan infus ke vena atur kembali tetesan sesuai program.</li><li>9. Amati kelancaran tetesan infus.</li><li>10. Lepaskan sarung tangan</li><li>11. Rapikan alat-alat dan bantu klien dalam posisi nyaman.</li><li>12. Evaluasi respon klien setelah pemberian obat intravena (IV) dan rencana tindak lanjut</li><li>13. Sampaikan salam terminasi</li><li>14. Cuci tangan</li><li>15. Dokumentasi hasil tindakan pemberian obat IV</li></ol>
--	---