

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
CVA INFARK DI RUANG 7  
RSPAL Dr. RAMELAN  
SURABAYA**



**OLEH:**

**IMELDA NUR FARDIYANTI**  
**NIM. 1920020**

**PRODI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E DENGAN DIAGNOSA MEDIS**  
**CVA INFARK DI RUANG 7**  
**RSPAL Dr. RAMELAN**  
**SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)**



**OLEH:**

**IMELDA NUR FARDIYANTI**  
**NIM. 1920020**

**PRODI D-III KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**  
**SURABAYA**  
**2022**

## **SURAT PERNYATAAN**

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

Surabaya, 04 Februari 2022  
Penulis

Materai  
10.000 + ttd

**IMELDA NUR FARDIYANTI**  
1920020

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Imelda Nur Fardiyanti  
NIM. : 1920020  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. E dengan Diagnosa  
Medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan  
Surabaya.

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

**Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)**

Surabaya, 04 Februari 2022

Pembimbing



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

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Februari 2022

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Imelda Nur Fardiyanti  
NIM. : 1920020  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. E dengan Diagnosa  
Medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan  
Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang

Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Rabu, 23 Februari 2022  
Bertempat di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

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

Penguji I : **Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep**  
**NIP. 03008**  
Penguji II : **Puji Agung W, S.Kep Ns**  
**NIP. 11314**  
Penguji III : **Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB**  
**NIP. 03020**

**Mengetahui,**  
**STIKES HANG TUAH SURABAYA**  
**KAPRODI D3 KEPERAWATAN**

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

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Februari 2022

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. E dengan Diagnosa Medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

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

1. Kolonel Dr. Gigih Imanta J., So.PD., Finasim., M.M selaku Kepala Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
2. Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S. Kep., M. Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa D3 Keperawatan..
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan

kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan.

4. Ibu Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku selaku penguji pertama, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak Puji Agung, S.kep., Ns. selaku penguji kedua dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku penguji ketiga dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Ibu Nur Muji Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku wali kelas terimakasih atas bimbingan dan masukan serta dorongan semangat yang diberikan kepada penulis selama penulis menjalani pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
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 seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Ibu Nadia O, A.Md selaku Kepala Perpustakaan di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

10. Ibu dan ayah tercinta beserta keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat setiap hari.
11. Teman-teman sealmamater dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari 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, 04 Februari 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>ii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xi</b>
<b>BAB 1 .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3 Tujuan Penulisan .....</b>	<b>3</b>
<b>1.3.1 Tujuan Umum .....</b>	<b>3</b>
<b>1.3.2 Tujuan Khusus .....</b>	<b>3</b>
<b>1.4 Manfaat Penulisan .....</b>	<b>3</b>
<b>1.5 Metode Penulisan .....</b>	<b>4</b>
<b>1.6 Sistematika Penulisan .....</b>	<b>5</b>
<b>BAB 2 .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Konsep Dasar Penyakit CVA Infark.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1.1 Anatomi dan Fisiologi.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1.2 Definisi .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1.3 Klasifikasi .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1.4 Etiologi .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1.5 Faktor Resiko .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1.6 Patofisiologi .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1.7 Manifestasi Klinis.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1.8 Tanda dan Gejala.....</b>	<b>223</b>
<b>2.1.9 Komplikasi.....</b>	<b>233</b>
<b>2.1.10 Pemeriksaan Penunjang.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1.11 Pencegahan .....</b>	<b>244</b>
<b>2.1.12 Penatalaksanaan .....</b>	<b>245</b>
<b>2.2 Konsep Asuhan Keperawatan CVA Infark.....</b>	<b>25</b>
<b>2.2.1 Pengkajian .....</b>	<b>25</b>
<b>2.2.2 Diagnosis Keperawatan .....</b>	<b>28</b>
<b>2.2.3 Intervensi Keperawatan .....</b>	<b>29</b>
<b>2.2.4 Implementasi Keperawatan .....</b>	<b>34</b>
<b>2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....</b>	<b>34</b>
<b>2.3 Kerangka Asuhan Keperawatan CVA Infark .....</b>	<b>36</b>
<b>BAB 3 .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1 Pengkajian .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1.1 Identitas .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1.2 Keluhan Utama .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang.....</b>	<b>37</b>
<b>3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu.....</b>	<b>37</b>

3.1.5	Riwayat Kesehatan Keluarga .....	38
3.1.6	Riwayat Alergi.....	38
3.1.7	Genogram .....	38
3.1.8	Pemeriksaan Fisik.....	38
3.2	Analisa Data (Diagnosa Keperawatan) .....	43
3.3	Intervensi Keperawatan .....	45
3.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .....	48
<b>BAB 4</b>	.....	<b>53</b>
<b>PEMBAHASAN</b>	.....	<b>53</b>
4.1	Pengkajian .....	53
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	54
4.3	Intervensi Keperawatan .....	50
4.4	Implementasi Keperawatan .....	56
4.5	Evaluasi Keperawatan.....	57
<b>BAB 5</b>	.....	<b>59</b>
5.1	Kesimpulan.....	59
5.2	Saran .....	60
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	.....	<b>62</b>
<b>LAMPIRAN 1</b>	.....	<b>624</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan dengan diagnosa medis CVA Infark.....	29
Tabel 3.1 Kemampuan perawatan diri T. E.....	41
Tabel 3.2 Hasil laboratorium pada Tn.E.....	42
Tabel 3.3 Analisa data Tn.E dengan diagnosa medis CVA Infark di ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.....	43
Tabel 3.4 Prioritas masalah keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis CVA Infark RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.....	44
Tabel 3. 5 Intervensi keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis CVA Infark di ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.....	45
Tabel 3. 6 Implementasi dan evaluasi keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis CVA Infark di ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.....	48

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagian-bagian otak.....	9
Gambar 2.2 Pembuluh darah otak.....	13
Gambar 2.3 Kerangka Masalah CVA Infark Sumber (Ariyanti 2019) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2016).....	36
Gambar 3.1 Genogram keluarga Tn. E.....	38

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Standar Operasional Prosesdur Aff drain.....	64
---	----

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

CVA (Cerebro Vascular Accident) atau yang lebih dikenal oleh masyarakat umum dengan istilah stroke adalah suatu penyakit karena kurangnya pasokan darah ke otak. Definisi menurut WHO, Stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vascular. (P2PTM Kemenkes RI 2018).

Penyakit cerebra vascular accident sebenarnya sudah tidak asing lagi bagi sebagian besar masyarakat. Hal ini diakibatkan oleh cukup tingginya insidensi (jumlah kasus baru) kasus cerebra vascular accident yang terjadi di masyarakat. Menurut data World Health Organization (WHO 2016) bahwa CVA merupakan penyebab kedua kematian dan penyebab keenam yang paling umum dari cacat. Sekitar 15 juta orang menderita CVA yang pertama kali setiap tahun, dengan sepertiga dari kasus ini atau sekitar 6,6 juta mengakibatkan kematian (3,5 juta perempuan dan 3,1 juta laki-laki). CVA merupakan masalah besar di negara – negara berpenghasilan rendah dari pada negara berpenghasilan tinggi. Lebih dari 8,1% kematian akibat CVA terjadi di negara – negara berpenghasilan rendah. Preesentase kematian dini karena stroke naik menjadi 94% pada orang dibawah usia 70 tahun. Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Prevalensi stroke berdasarkan

terdiagnosis nakes dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%), DI Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar 16 per mil (Riskesdas, 2018).

Penyakit Tidak Menular (PTM) saat ini menjadi penyumbang kematian terbesar di dunia (68%). Beberapa contoh PTM diantaranya stroke, penyakit jantung, kanker, Diabetes Mellitus (DM), Penyakit Paru Obstruksi Menahun (PPOM), dan lain-lain. Di Indonesia, prevalensi stroke meningkat dari tahun 2007 – 2013, dimana Provinsi Jawa Timur menempati urutan tertinggi ke-4 setelah Sulawesi Selatan, DI Yogyakarta, dan Sulawesi Tengah. Di Kota Surabaya, angka prevalensi stroke juga terus mengalami peningkatan, dari sebanyak 0,7% pada tahun 2007 menjadi 16,2% pada tahun 2013. (Artanti 2021)

Peran seorang perawat salah satunya adalah memberi pendidikan dan penyedia layanan kesehatan, sangat penting mengetahui penyebab terbentuk nya CVA Infark sehingga hal ini perlu dilakukan pengkajian dan memberikan intervensi kepada pasien serta mengevaluasi kondisi kesehatan pasien atas dasar berbagai permasalahan diatas maka dipandang perlu untuk meneliti mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn. E dengan Diagnosa Medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut perawatan pada pasien dengan stroke infark maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut terkait asuhan keperawatan Stroke/CVA infark dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

### **1.3 Tujuan Penulisan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya..

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji Tn. E dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada Tn E dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi Tn E dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn E dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya..

### **1.4 Manfaat Penulisan**

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

1. Akademisi

Dari segi akademisi, merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis gastritis akut dengan baik.

## 2. Praktisi

### a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

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

### b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis CVA Infark.

### c. Bagi profesi kesehatan

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

## 1.5 Metode Penulisan

### 1. Metode

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

### 2. Teknik Pengumpulan Data

#### a. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain.

#### b. Observasi

Data yang diambil melalui penelitian secara baik dengan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien sangat menerima kehadiran saya dengan baik

c. Pemeriksaan

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

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data Sekunder

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

c. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber dan jurnal yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang di bahas

## 1.6 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari:  
BAB 1: Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.

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

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

BAB 4: Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5: Penutup: Simpulan dan saran.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

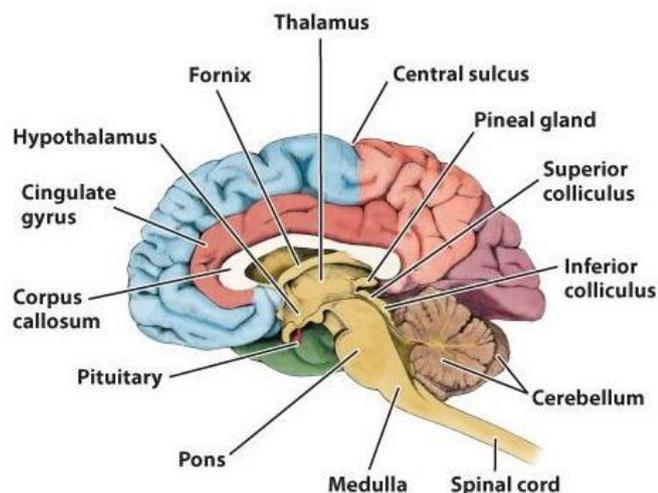
Pada bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan medikal bedah tentang penyakit CVA Infark dimulai dari anatomi, definisi hingga asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

#### 2.1 Konsep Dasar Penyakit CVA Infark

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan medikal bedah tentang penyakit CVA Infark dan Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit CVA Infark dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

##### 2.1.1 Anatomi dan Fisiologi

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



Gambar 2.1 Bagian – bagian otak

## 1. Otak besar (cerebrum)

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

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

Area khusus otak besar (cerebrum) adalah :

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

## 2. Otak depan (diachepalon)

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

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

### 3. Otak tengah ( mesencephalon)

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

4. Otak belakang (pons) bagian otak yang menonjol kebanyakan tersusun dari lapisan fiber (berserat) dan termasuk sel yang terlibat dalam pengontrolan pernafasan.

Otak belakang ini menjadi :

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

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

- a. Durameter : selaput keras pembungkus otak yang berasal dari jaringan ikat tebal dan kuat.

b. Arakhroid : merupakan selaput halus yang memisahkan durameter dengan piameter membentuk sebuah kantong atau balon berisi cairan otak yang meliputi seluruh susunan saraf sentral.

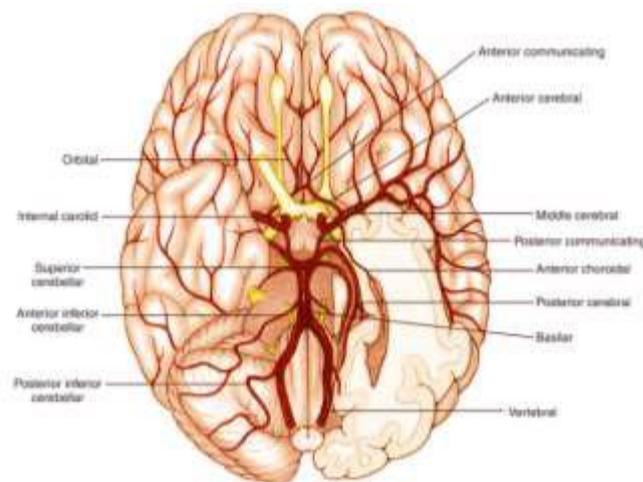
c. Piameter : merupakan selaput tipis yang terdapat pada permukaan jaringan otak.

Cairan serebrospinal yang berada diruang subarachnoid merupakan salah satu proteksi untuk melindungi jaringan otak dan medulla spinalis terhadap trauma atau gangguan dari luar. Cairan serebrospinal dibentuk dari kombinasi filtrasi kapiler dan sekresi aktif dari epitel. Cairan serebrospinal hampir menyerupai ultrafiltrat dari plasma darah tapi berisi konsentrasi Na, K, bikarbonat, cairan, glukosa yang lebih kecil dan klorida yang lebih tinggi dengan PH cairan serebrospinal lebih rendah dari darah Cairan serebrospinal mempunyai fungsi yaitu :

- a. Menyediakan keseimbangan dalam system saraf, dimana unsur – unsur pokok pada cairan serebrospinal berada dalam keseimbangan dengan cairan otak ekstraseluler, jadi mempertahankan lingkungan yang konstan terhadap sel – sel dalam system saraf.
- b. Menghantar makanan kesistem syaraf pusat
- c. Melindungi otak dan sumsum tulang belakang dari goncangan dan trauma.
- d. Sebagai buffer
- e. Mempertahankan tekanan intracranial. Dengan cara pengurangan cairan serebrospinalis dengan mengalirkan ke luar rongga tengkorak, baik dengan mempercepat pengalirannya melalui berbagai foramina, hingga mencapai sinus venosus atau masuk kedalam rongga subaracnoid lumbal.

f. Mengalirkan bahan – bahan yang tidak diperlukan otak, seperti CO<sub>2</sub>, laktat, dan ion hydrogen. (Setiadi, 2016).

Otak manusia menerima 17% dari curah jantung dan menggunakan 20% dari konsumsi O<sub>2</sub> total tubuh manusia untuk menjalankan metabolisme aerobik. Fungsi normal dari pusat kendali otak tergantung pada pasokan O<sub>2</sub> dan nutrisi yang cukup melalui jaringan pembuluh darah yang padat. Darah disuplai ke otak melalui dua set pembuluh darah utama, yaitu arteri karotis kanan dan kiri serta arteri vertebralis kanan dan kiri. (Denny Pratama 2021)



Gambar 2.2 Pembuluh darah otak

Arteri karotis memiliki dua divisi. Arteri karotis eksternal memasok darah ke wajah dan kulit kepala. Arteri karotis internal memasok darah ke sebagian besar bagian anterior serebrum. Arteri vertebrobasilar memasok dua perlima *posterior cerebrum*, bagian *cerebellum*, dan batang otak. Setiap penurunan aliran darah melalui salah satu arteri karotis internal menyebabkan beberapa penurunan fungsi otak yang dapat menyebabkan mati rasa (kebas), kelemahan, atau kelumpuhan pada sisi tubuh yang berlawanan dengan penyumbatan arteri. Penyumbatan salah

satu arteri vertebral dapat menyebabkan banyak konsekuensi serius, mulai dari kebutaan hingga kelumpuhan. (Denny Pratama 2021)

### **2.1.2 Definisi**

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak. Stroke non hemoragik adalah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. (Nurafif & Kusuma 2015)

CVA (Cerebri Vascular Accident) adalah kelainan fungsi otak. Onset mendadak yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi darah otak dan dapat terjadi pada siapa saja dan kapan saja dengan Gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan cacat dalam bentuk kelumpuhan anggota badan, gangguan bicara, proses berpikir, memori dan bentuk kecacatan lainnya menyebabkan kematian (Muliati 2018)

Stroke infark/iskemik/non hemoragik adalah stroke yang timbul akibat thrombosis atau embolisasi yang terjadi pada satu atau lebih pembuluh darah otak dan menyebabkan obstruksi aliran darah ke otak. Stroke iskemik akut adalah gejala klinis defisit serebri fokal dengan onset yang cepat dan berlangsung lebih dari 24 jam serta cenderung menyebabkan kematian. Dua penyebab utama infark serebri yaitu thrombosis dan emboli (Gusev (2003) dalam (Gofir 2021)).

### **2.1.3 Klasifikasi**

Menurut (Mega 2021), klasifikasi stroke berdasarkan pataloginya dibagi menjadi dua jenis yakni:

1. CVA Iskemik (CVA Infark)

CVA Iskemik merupakan tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan berhentinya aliran darah ke otak secara sebagian ataupun keseluruhan, penyumbatan juga dapat terjadi dimanapun pada jalur pembuluh darah arteri yang menuju otak. Stroke non hemoragik ini biasanya berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, pada kasus stroke jenis ini tidak mengalami pendarahan dan pada umumnya pasien dengan kasus stroke non hemoragik memiliki kesadaran yang baik, namun stroke iskemik dibagi menjadi tiga bagian :

*a. Transient Ischemic Attack (TIA)*

Merupakan gangguan neurologis fungsional yang mendadak dan terbatas pada wilayah vaskular dan biasanya berlangsung kurang dari 15 menit dengan resolusi lengkap selama 24 jam. Terdapat berbagai penyebab, tetapi pada umumnya disebabkan karena suplai darah sementara yang tidak memadai untuk suatu wilayah fokus otak. TIA bukan suatu gangguan yang jinak dan hampir sepertiga pasien akhirnya akan memiliki infark serebral (sekitar 20% dalam waktu 1 bulan kejadian CVA berawal dari TIA).

*b. Trombosis serebri*

Hampir separuh insiden CVA Infark trombosis. Jenis CVA ini ditandai dengan penggumpalan darah pada pembuluh darah yang mengarah menuju otak. Biasa disebut dengan serebral trombosis. Proses trombosis dapat terjadi di dua lokasi yang berbeda, yaitu pembuluh darah besar erat kaitannya dengan aterosklerosis, sedangkan trombosis pada pembuluh darah kecil biasanya dialami oleh penderita hipertensi.

*c. Emboli serebri*

Merupakan jenis CVA dimana penggumpalan darah bukan terjadi pada pembuluh darah otak melainkan pada pembuluh darah yang lainnya. Kebanyakan insiden terjadi karena trombosis pada pembuluh darah jantung. Pasokan darah dari jantung yang kaya oksigen dan nutrisi ke otak adalah faktor utama yang menjadi penyebabnya

## 2. CVA Hemoragik

CVA hemoragik merupakan jenis stroke yang ditimbulkan oleh pendarahan ke dalam jaringan otak (disebut hemoragia intraserebrum atau hematoma intraserebrum) atau disebut juga perdarahan ke dalam ruang subaraknoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut hemoragia subaraknoid atau hematoma subaraknoid). Pada jenis stroke hemoragik dibedakan menjadi dua yakni:

### a. Pendarahan intraserebral

Pendarahan yang terjadi didalam otak, yakni pada ganglia batang otak pada umumnya serta pada otak kecil dan otak besar, jenis kasus ini yang meimbulkan akibat fatal, karena sebagian pasien pada penderita kasus stroke jenis ini mengalami penanganan tindakan wajib operasi bahkan tidak dapat dapat diselamatkan.

### b. Pendarahan subaraknoid

Pendarahan subaraknoid terjadi diluar otak, yaitu pada pembuluh darah yang berada di bawah otak atau diselaput otak. Perdarahan tersebut menekan otak sehingga suplai darah ke otak berhenti. Ketika darah yang berasal dari pembuluh darah yang bocor bercampur dengan cairan yang ada dibatang atau

selaput otak, maka darah akan menghalangi aliran cairan otak sehingga menimbulkan tekanan. CVA hemoragik subaraknoid paling sering terjadi pada penderita hidrosefalus.

Klasifikasi stroke menurut (Muliati 2018) .

1. Stroke iskemik (stroke non hemoragik) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah Sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke iskemik dibagi menjadi 3 yaitu :

- a. Stroke Trombotik : Proses terbentuknya thrombus yang membuat gumpalan.
- b. Stroke Embolik : Tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah
- c. Hipoperfution sistemik : Berkurangnya aliran darah keseluruh tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.

2. Stroke Hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah pada otak. Hampir 70% penderita stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Stroke hemoragik ada 2 jenis yaitu :

- a. Hemoragik Intracerebral : Perdarahan yang terjadi didalam jaringan otak
- b. Hemoragik Subarakoid : Perdarahan yang terjadi diruang subarakoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan yang menutupi otak ).

#### **2.1.4 Etiologi**

1. Thrombosis serebral

Thrombosis merupakan pembentukan gumpalan darah (trombus) yang tidak normal didalam pembuluh darah, Thrombosis serebral ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi pada jaringan otak yang dapat menimbulkan oedem dan kongesti disekitarnya. Thrombosis rentan terjadi pada orang tua yang sedang tidur

atau bangun tidur, hal ini akibatkan oleh penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis sering memburuk pada 48 jam setelah thrombosis, keadaan yang dapat menyebabkan thrombosis otak antara lain :

a) Ateroklerosis

Menumpuknya lemak, kolestrol, dan zat lain didalam dan didinding arteri, timbunan plak kolestrol didinding arteri dapat menghalangi aliran darah. Sehingga dapat terjadi oklusi akut arteri jika gumpalan plak mengalami perpecahan.

b) Hiperkoagulasi pada polisitemia

Sindrom pengentalan darah adalah keadaan klinis dimana mudah terjadi penggumpalan darah. Pada keadaan normal penggumpalan darah terjadi sebagai mekanisme untuk menghentikan perdarahan. Pada kondisi tidak normal penggumpalan darah terjadi berlebihan sehingga dapat membahayakan tubuh.

c) Arteritis (radang pada arteri)

Peradangan pada pembuluh darah arteri didalam dan disekitar kulit kepala, penyebab peradangan pembuluh darah tidak diketahui dalam beberapa kasus, pembengkakan hanya mempengaruhi bagian arteri dengan bagian pembuluh normal berada di antaranya.

d) Emboli

Kondisi ketika benda atau zat asing seperti gumpalan darah atau gelembung gas tersangkut dalam pembuluh darah dan menyebabkan penyumbatan pada aliran darah.

## 2. Hemoragi

Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat dari pecahnya pembuluh darah pada otak yang merupakan pembesaran darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan sehingga otak membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga infark otak edema dan mungkin herniasi pada otak.

## 3. Hipoksia umum

Beberapa penyebab yang tergolong dalam hipoksia umum diantaranya hipertensi, henti jantung-paru, turunya curah jantung karena ritmia

## 4. Hipoksia setempat

Beberapa penyebab yang tergolong dalam hipoksia umum diantaranya spasme arteri serebral yang disertai perdarahan subaraknoid dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren. (Syah, Pujiyanti, and Widyantoro 2019)

### **2.1.5 Faktor Resiko**

Beberapa faktor resiko CVA Infark diantaranya:

#### 1. Hipertensi

Dapat meningkatkan tekanan darah perifer sehingga menyebabkan penebalan pembuluh darah

#### 2. Penyakit jantung

Embolus biasanya terbentuk di jantung akibat adanya kelainan di katup jantung, irama jantung yang tidak teratur, atau setelah serangan jantung

#### 3. Kolesterol tinggi

Kadar lemak darah yang tinggi dapat meningkatkan resiko aterosklerosis dan penyakit jantung koroner

4. Gaya hidup yang tidak sehat

Pola makan yang berlebih (obesitas), merokok, kurang berolahraga serta penyalahgunaan obat

5. Diabetes melitus

Diabetes melitus dapat menimbulkan perubahan pada sistem vasculer (pembuluh darah dan jantung) serta mendorong terjadinya aterosklerosis

6. Stress emosional

Pada jangka panjang dapat meningkatkan tekanan darah dan kadar kolestrol.

7. Umur

Semakin tinggi usia semakin tinggi pula resiko terkena stroke, pada penelitian yang dilakukan oleh (Selvirawati, Wahab, and Rizarullah 2020) usia tersering yang mengalami stroke yaitu 55-64 tahun. Pasien stroke iskemik didominasi oleh kelompok umur 56-60 tahun sebanyak 18 orang (78,3%). Sedangkan pasien dengan kelompok usia 50-56 tahun sebanyak 9 orang (75,0%) mendominasi angka kejadian stroke hemoragik.

8. Jenis kelamin

Pada kebanyakan kasus didapatkan pria lebih sering mengalami stroke dibandingkan dengan wanita, sesuai dengan penelitian oleh (Selvirawati, Wahab, and Rizarullah 2020) jumlah pasien stroke lebih banyak laki-laki yaitu sebanyak 33 orang (58,9%) sedangkan perempuan sebanyak 23 (41,1%). Hal ini

diakibatkan oleh faktor pencetus lain seperti merokok, minum alkohol yang dominan oleh laki laki.

9. Faktor turunan

### **2.1.6 Patofisiologi**

Infark serebri dimulai dengan penurunan suplei darah ke area otak tertentu. Tingkat infark tergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan ukuran pembuluh darah serta sirkulasi kolateral yang memadai ke daerah yang dipasok oleh pembuluh darah yang tersumbat Patofisiologi stroke iskemik dibagi menjadi dua bagian, yaitu vaskular dan metabolik. Iskemia disebabkan oleh oklusi Oklusi vaskular yang menyebabkan iskemia ini dapat disebabkan oleh emboli, thrombus, plak, dan penyebab lainnya. Iskemia menyebabkan hipoksia dan akhirnya kematian jaringan otak. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis , atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. hal ini akan mengalami perdarahn cerebral , jika aneurisma pecah atau rupture. Oklusi vaskular yang terjadi menyebabkan terjadinya tanda dan gejala pada stroke iskemik yang muncul berdasarkan lokasi terjadinya iskemia. Sel-sel pada otak akan mati dalam hitungan menit dari awal terjadinya oklusi. Hal ini berujung pada onset stroke yang tiba-tiba. Gangguan metabolisme terjadi pada tingkat selular, berupa kerusakan pompa natrium-kalium yang meningkatkan kadar natrium dalam sel. Hal ini menyebabkan air tertarik masuk ke dalam sel dan berujung pada kematian sel akibat edema sitotoksik Stroke iskemik dapat berubah menjadi stroke hemorhagik.

Pendarahan yang terjadi tidak selalu menyebabkan defisit neurologis. Defisit neurologis terjadi apabila perdarahan yang terjadi luas. Hal ini dapat disebabkan oleh rusaknya sawara darah otak, sehingga sel darah merah terekstrasvasasi dari dinding kapiler yang lemah.

### **2.1.7 Manifestasi Klinis**

Kehilangan Motorik CVA (Cerebro Vaskuler Accident) adalah penyakit otot neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik, misalnya:

- 1) Hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh)
- 2) Hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh)
- 3) Menurunnya tonus otot abnormal

2. Kehilangan komunikasi Fungsi otak yang dipengaruhi oleh CVA (Cerebro Vaskuler Accident) adalah bahasa dan komunikasi, misalnya :

- 1) Disartria, yaitu kesulitan berbicara yang ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
- 2) Disfasia atau afasia atau kehilangan bicara yang terutama ekspresif atau arefresif. Apraksia yaitu ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya.

3. Gangguan persepsi

- 1) Hemonimus hemianopsia, yaitu kehilangan setengah lapang pandang dimana sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis.
- 2) Amorfosintesis, yaitu keadaan dimana cenderung berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan mengabaikan sisi atau ruang yang sakit tersebut.

3) Gangguan hubungan visual spasia, yaitu gangguan dalam mendapatkan hubungan dua atau lebih objektif dalam area spasial.

4) Kehilangan sensori, antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh (kehilangan propioseptik) sulit menginterpretasikan stimulasi visual, taktil auditorius (Mega 2021)

### **2.1.8 Tanda dan Gejala**

Menurut Kemenkes RI tanda dan gejala dari stroke adalah **SEGERA KE RS** yang merupakan singkatan dari :

**S**enyum tidak simetris (mencong ke satu sisi), tersedak, sulit menelan air minum secara tiba-tiba

**G**erak separuh anggota tubuh melemah tiba-tiba

**R**apelo / tiba-tiba tidak dapat bicara / tidak mengerti kata-kata / bicara tidak nyambung

**K**ebas atau baal, atau kesemutan separuh tubuh

**R**abun, pandangan satu mata kabur, terjadi tiba-tiba

**S**akit kepala hebat yang muncul tiba-tiba dan tidak pernah dirasakan sebelumnya,

Gangguan fungsi keseimbangan, seperti terasa berputar, gerakan sulit dikoordinasi (tremor / gemetar, sempoyongan). (RI 2020)

### **2.1.9 Komplikasi**

1. Komplikasi yang berhubungan dengan sitem saraf meliputi edema dan kejang epileptik
2. Terjadinya infeksi
3. Adanya masalah pada anggota gerak
4. Komplikasi akibat mobilisasi

5. Kurangnya nutrisi
6. Dampak psiko-sosial

#### **2.1.10 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan diantaranya:

1. Laboratorium meliputi pemeriksaan darah lengkap.
2. Foto thorax untuk memperlihatkan keadaan jantung.
3. Angiografi serebral untuk membantu menemukan penyebab dari stroke secara spesifik.
4. CT scan untuk melihat secara spesifik letak edema, adanya jaringan otak yang infark, dan posisinya.
5. MRI (Magnetic Imaging Resonance) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi, besar dan luas adanya pendarahan otak.
6. EEG bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

#### **2.1.11 Pencegahan**

Pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan menerapkan pola hidup sehat, Pencegahan primer dapat dilakukan dengan menghindari rokok, alkohol, kegemukan dan konsumsi garam berlebih. Mengurangi kolesterol dan lemak dalam makanan. Perbanyak konsumsi gizi seimbang dan olahraga teratur. Pencegahan sekunder dapat dilakukan dengan cara memodifikasi gaya hidup yang berisiko seperti hipertensi dengan diet dan obat antihipertensi, diabetes mellitus dengan diet dan obat hipoglikemik oral atau insulin, penyakit jantung dengan antikoagulan oral, dyslipidemia dengan diet rendah lemak. Rutin melakukan cek

kesehatan dan segera melakukan pengobatan jika mengalami keluhan, agar mendapatkan penanganan segera.

### **2.1.12 Penatalaksanaan**

- 1) Posisi kepala dan badan diatas 20-30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Boleh dimulai mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil.
- 2) Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/menit.
- 3) Kandung kemih yang penuh dikosongkan dengan kateter.
- 4) Suhu tubuh harus dipertahankan.
- 5) Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terhadap gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun, dianjurkan pemasangan NGT.
- 6) Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi. (Mega 2021)

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan CVA Infark**

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Semua data dikumpulkan secara sistematis dan komprehensif dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual pasien

#### **a. Data Umum**

Tanyakan pada pasien tentang nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, agama, suku, tanggal masuk RS dan lainnya mengenai identitas klien.

#### **b. Keluhan Utama**

Keluhan utama stroke infark yang sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

### **c. Riwayat Penyakit Sekarang**

Riwayat kesehatan sekarang meliputi pertanyaan berupa kapan gejala mulai muncul, apakah mendadak atau bertahap, berapa kali masalah terjadi, lokasi gangguan yang pasti, karakter keluhan. Serangan stroke infark sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhari perubahan perilaku juga umum terjadi.

### **d. Riwayat Penyakit Dahulu**

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan

### **e. Riwayat Penyakit Keluarga**

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

### **f. Pemeriksaan Fisik**

#### **1) B1 (*Breath*)**

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

sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran *compos mends*, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

## **2) B2 (*Blood*)**

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (*syok hipovolemik*) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg).

## **3) B3 (*Brain*)**

Pemeriksaan 12 Saraf kranial :

- 1) Saraf Olfaktorius (N. I) : saraf sensorik, untuk penciuman.
- 2) Saraf Optikus (N. II) : saraf sensorik, untuk penglihatan.
- 3) Saraf Okulomotorius (N. III) : saraf motorik, untuk mengangkat kelopak mata dan kontraksi pupil.
- 4) Saraf troklearis (N. IV) : saraf motorik, untuk pergerakan bola mata.
- 5) Saraf Trigeminalis (N. V) : saraf motorik, gerakan mengunyah, sensasi wajah, lidah dan gigi, reflek kornea dan reflek berkedip.
- 6) Saraf Abdusen (N. VI) : saraf motorik, pergerakan bola mata kesamping melalui otot lateralis.
- 7) Saraf Fasialis (N. VII) : saraf motorik, untuk ekspresi wajah.
- 8) Saraf Vestibulokoklear (N. VIII) : saraf sensorik, untuk pendengaran dan keseimbangan.
- 9) Saraf Glosofaringeus (N. IX) : saraf sensorik dan motorik, untuk sensasi rasa.

10) Saraf Vagus (N. X) : saraf sensorik dan motorik, reflek muntah dan menelan.

11) Saraf Asesorius (N. XI) : saraf motorik, untuk menggerakkan bahu.

12) Saraf Hipoglosus (N. XII) : saraf motorik, untuk menggerakkan lidah.

#### **4) B4 (Bladder)**

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

#### **5) B5 (Bowel)**

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

#### **6) B6 (Bone)**

Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme (SDKI D.0017)

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (SDKI D.0019)
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (SDKI D.0054)
- d. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (SDKI D.0063)
- e. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077)
- f. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (SDKI D.0119)
- g. Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan tirah baring (SDKI D.0139)
- h. Resiko jatuh ditandai dengan penurunan kekuatan otot (SDKI D.0143)

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan dengan diagnosa medis CVA Infark

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi
1	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme (SDKI D0017, hal.51)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. TIK menurun 3. Kesadaran membaik (SLKI L.02014)	<b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (SIKI : 1. 06198)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP ( <i>Mean Arterial Pressure</i> ) 4. Monitor CVP ( <i>Central Venous Pressure</i> ), jika perlu 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor ICP ( <i>Intra Cranial</i> )

			<p><i>Pressure</i>), <i>jika tersedia</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Monitor CPP (<i>Cerebral Perfusion Pressure</i>)</li> <li>9. Monitor gelombang ICP</li> <li>10. Monitor status pernapasan</li> <li>11. Monitor intake dan output cairan</li> <li>12. Monitor cairan serebrospinalis (mis. Warna, konsistensi)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>14. Berikan posisi semi fowler</li> <li>15. Hindari maneuver Valsava</li> <li>16. Cegah terjadinya kejang</li> <li>17. Hindari penggunaan PEEP</li> <li>18. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</li> <li>19. Atur ventilator agar PaCO<sub>2</sub> optimal</li> <li>20. Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>21. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, <i>jika perlu</i></li> </ol>
2	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (SDKI D0019), hal 56)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Status nutrisi membaik.dengan kriteia hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat badan membaik</li> <li>2. Nafsu makan membaik</li> <li>3. Bising usus membaik</li> </ol> <p>(SLKI, L.03030)</p>	<p><b>Manajemen nutrisi (SIKI: I.03119)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleren makanan</li> <li>3. Identifikasi status nutrisi</li> <li>4. Monitor asupan makanan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan jika perlu</li> <li>6. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>7. Sajikan maknan tinggi serat dan protein</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Anjurkan posisi duduk</li> <li>9. Ajarkan diet yang diajarkan</li> </ol>

			<p><b>Kolaborasi</b></p> <p>10. Kolaborasi dengan ahli gizi utk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan</p>
3	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (<b>SDKI D0054</b>)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteia hasil :</p> <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> <li>4. Kelemahan fisik berkurang</li> </ol> <p>(<b>SLKI L.05042</b>)</p>	<p><b>Dukungan Ambulasi (SIKI : 1.06171)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)</li> <li>6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu</li> <li>7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>9. Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>10. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).</li> </ol>
4	<p>Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (<b>SDKI D.0063</b>)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan status menelan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refleks menelan membaik</li> <li>2. Frekuensi</li> </ol>	<p><b>Dukungan perawatan diri : makan/minum (SIKI I.11351)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor diet setiap hatinya (porsi bertambah ataukah kurang)</li> <li>2. Monitor kemampuan menelan (dapat menelan berapa sendok)</li> <li>3. Atur posisi nyaman saat minum susu/air</li> <li>4. Bantu untuk meningkatkan</li> </ol>

		tersedak menurun 3. Batuk menurun (SLKI L.06052)	jumlah air yang bisa ditelan 5. Jika pasien tersedak, berhenti memberi susu/air, lalu beri melalui NGT
5	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. (SDKI D.0077)	Setelah dilakukan intervensi selama 2x24 jam, diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik (SLKI L.08066)	<b>Manajemen Nyeri (SIKI : I.08238)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal <b>Terapeutik:</b> 4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat atau dingin) 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Subu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 6. Fasilitasi istirahat dan tidur <b>Edukasi:</b> 7. Jelaskan penyebab, pemicu nyeri 8. Jelaskan strategi meredakan nyeri <b>Kolaborasi:</b> 9. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
6	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (SDKI D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan komunikasi verbal meningkat, dengan kriteia hasil: 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kesesuaian wajah meningkat 3. Disfasia	<b>Promosi komunikasi defisit bicara (SIKI I.13492)</b> <b>Observasi</b> 1. Monitor kecepatan tekanan dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis saat bicara (misalkan memori, pendengaran dan bahasa) 3. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <b>Terapeutik</b> 4. Gunakan metode komunikasi alternatif

		<p>menurun</p> <p>4. Pelo menurun</p> <p>5. Respons perilaku membaik (SLKI L.13118)</p>	<p>5. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</p> <p>6. Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>7. Gunakan juru bicara jika perlu</p> <p>8. Anjurkan berbicara perlahan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</p>
7	Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan tirah baring (SDKI D.0139)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan</p> <p>Kriteria hasil</p> <p>1.kerusakan jaringan menurun</p> <p>2.kerusakan lapisan kulit menurun,</p> <p>3.perdarahan menurun, elastisitas meningkat (SLKI L.14125)</p>	<p><b>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>2. Ubah posisi tiap 2 jam</p> <p>3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare</p> <p>4. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>5. Anjurkan menggunakan pelembab</p> <p>6. Anjurkan minum air yang cukup</p> <p>7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p><b>Perawatan Tirah Baring (I.14572)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Monitor kondisi kulit</p> <p>2 Monitor komplikasi tirah baring</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>3. Tempatkan pada kasus terapeutik</p> <p>4. Pertahankan kebersihan klien</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>5. Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring</p>
8	Resiko jatuh ditandai dengan	Setelah dilakukan tindakan	<b>Pencegahan Jatuh (I. 14540)</b>

	penurunan kekuatan otot (SDKI D.0143)	keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan, Kriteria hasil 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. jatuh saat berdiri menurun 3. jatuh saat berjalan menurun 4. jatuh saat dikamar mandi menurun (SLKI L.14138)	<b>Observasi</b> 1. Identifikasi faktor resiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan kesadaran, defisit kognitif) 2. Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh 3. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala <b>Terapeutik</b> 4. Pasang handrail tempat tidur 5. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah <b>Edukasi</b> 6. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 7. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
--	--	---	---

#### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

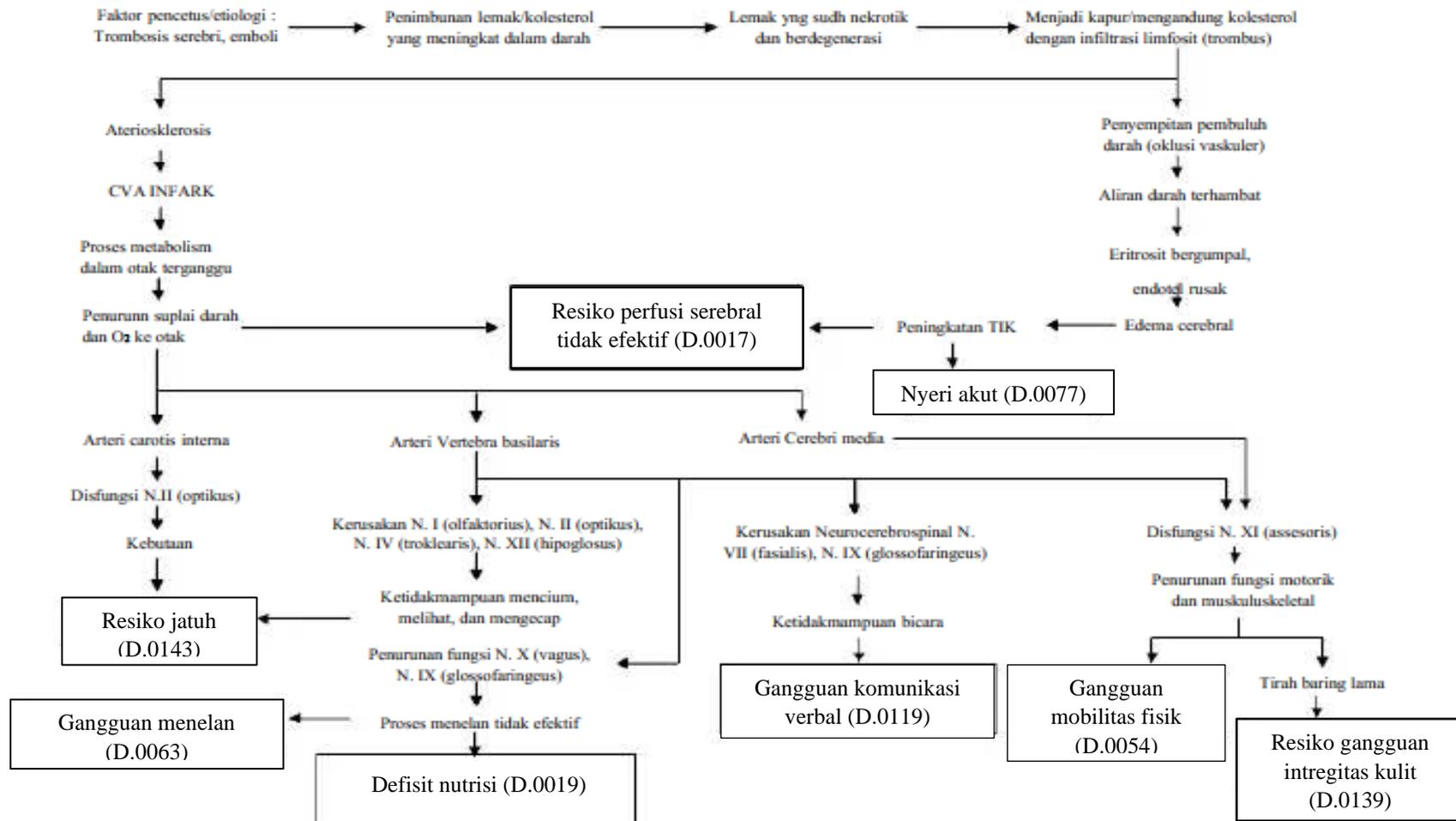
Tahap implementasi atau pelaksanaan merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Pada tahap ini, perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, tehnik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien.

#### 2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencanakeperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan

kemampuan dalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

### 2.3 Kerangka Asuhan Keperawatan CVA Infark



Gambar 2.3 Kerangka Masalah CVA Infark Sumber (Ariyanti 2019) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2016)

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab 3 ini gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Tn. E dengan diagnosis medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 20 Januari 2022 sampai tanggal 22 Januari 2022. Sumber data didapat dari rekam medis, pasien dan keluarga pasien . Data yang didapat sebagai berikut :

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas**

Pasien adalah seorang laki laki bernama Tn. E berusia 57 tahun, berat badan 56 kg tinggi badan 165 cm, beragama islam, bahasa yang sering digunakan pasien adalah bahasa Indonesia, pasien sudah tidak bekerja.

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

Pasien mengeluh kesulitan menggerakkan tubuh bagian kanan

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

Keluarga pasien mengatakan stroke kambuh setelah pasien terjatuh 2 kali dari kursi dan mengenai pelipis kanan pasien, pasien tidak dapat berbicara dengan jelas (pelo) , dibawa ke RSAL oleh keluarga pada 13 Januari 2022 pukul 20.00 IGD, pada 14 Januari 2022 pasien dipindahkan ke stroke unit dan pada 19 Januari 2022 dipindahkan di ruang VII dengan diagnosa medis CVA Infark.

##### **3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu**

Keluarga pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit yang sama pada tahun 2019 dan berobat ke klinik/puskesmas terdekat

### 3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

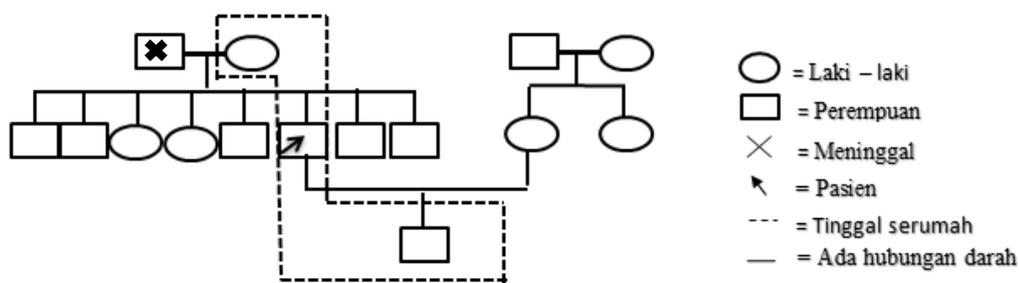
Keluarga pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keluarga

### 3.1.6 Riwayat Alergi

Keluarga pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi

### 3.1.7 Genogram

Gambar 3.1 Genogram keluarga Tn. E



Keterangan : Pasien tinggal bersama anak dan ibunya

### 3.1.8 Pemeriksaan Fisik

Keadaan pasien baik, terpasang infus Bfluid di tangan kiri dan *folly cateter urine*, kesadaran somnolen, observasi tanda tanda vital tensi : 154/81 mmHg, nadi : 67x/mnt, suhu 37°C, SpO2 : 97%, RR : 20x/mnt, GCS E:4 M:3 V:6 total 13, tinggi badan 165 cm berat badan sebelum masuk rumah sakit 60 kg berat badan setelah masuk rumah sakit 56 kg.

#### 1. B1 Sistem pernafasan (*breathing*)

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu nafas tambahan, irama nafas pasien reguler, kelainan tidak ada, Pola nafas normal, tidak ada taktil/vocal fremitus, sesak nafas

tidak ada, pasien tidak batuk, sputum tidak ada. Sianosis tidak ada, Pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada dada. Pada pemeriksaan perkusi terdapat suara sonor. Pada pemeriksaan auskultasi tidak ada suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler, RR: 20x/menit. Kemampuan aktivitas bebas.

Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

## **2. B2 Sistem kardiovaskuler (*blood*)**

Pada pemeriksaan inspeksi tidak terdapat lesi ataupun benjolan, conjungtiva tidak anemis, tidak terdapat sianosis. Pada pemeriksaan palpasi, Ictus cordis teraba pada ICS 4-5 mid clavicula sinistra, tidak terdapat nyeri dada, irama jantung reguler, CRT < 2 detik. Akral teraba hangat.

Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

## **3. B3 Sistem persarafan (*brain*)**

Kesadaran pasien somnolen, GCS 13, reflek cahaya segala arah, pupil isokor, reflek fisiologis : Biceps : -/+ , Triceps: -/+, Patela -/+ , Babinsky: -/+ , Refleksi achilles: -/+. Nervus Kranial Saat dilakukan pengkajian persarafan didapatkan kelemahan fisik pada ekstermitas atas dan bawah bagian kanan. Nervus Olfaktorius (N.I) pasien mampu membedakan aroma. Nervus Opticus (N.II) pasien dapat melihat dengan normal. Nervus Okulomotorius (N.III) Pada kedua mata pasien mampu membuka mata. Nervus Trochlearis (N.IV) Pada kedua mata pasien mampu menggerakkan bola mata. Nervus Trigemini (N.V) pasien mampu menelan. Nervus Abducens (N.IV) Pasien mampu menggerakkan bola matanya. Nervus Fasialis (N.VII) Wajah pasien simetris, dapat membuka mata. Nervus Akustikus (N.VIII) pendengaran normal. Nervus Glosfaringeus (N.IX) pasien tidak dapat merasakan rasa makanan. Nervus Vagus (N.X) pasien mampu

menelan dengan perlahan ketika faring posterior disentuh. Nervus Asesorius (N.XI) Pasien kesulitan menggerakkan lengan bagian kanan. Nervus Hipoglosus (N.XII) pasien tidak mampu menggerakkan lidah.

Masalah Keperawatan : Gangguan komunikasi verbal

#### 4. B4 Sistem perkemihan (*bladder*)

Pasien terpasang *folly* kateter nomer 14, urine kuning jernih , produksi urine dalam 24 jam terakhir 500 cc, , tidak ada nyeri tekan. Eliminasi urin SMRS Frek : 3-4x/hari,  $\pm$  500 cc/hari,warna kuning. Eliminasi urin MRS Frek : jumlah :  $\pm$  500cc/hari, warna : kuning.

Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

#### 5. B5 Sistem pencernaan (*bowel*)

Mulut kering, sedikit kotor, membrane mukosa pucat, lidah sedikit kotor, memakai gigi palsu pada bagian depan atas, tidak terpasang NGT (Naso Gastro Tube, tidak ada oedem pada abdomen, tidak ada pembesaran Hepar, tidak ada diare. Pasien sulit BAB. Berat badan sebelum sakit : 60 kg makan 3xsehari, berat badan saat sakit : 56 kg makan 3xsehari

Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

#### 6. B6 Sistem muskukuskeletal dan integumen (*bone*)

Tidak terdapat fraktur, Kemampuan bergerak terbatas. ROM terbatas pada anggota tubuh bagian kanan, persendian ekstermitas kanan tampak kaku.

Kekuatan Otot :

111	444
111	444

Ekstremitas Atas tangan kiri dapat menggenggam dan dapat digerakan dengan bebas, Tangan kanan tidak dapat digerakkan. Ekstremitas bawah kaki kiri dapat

bergerak melawan tahanan tetapi kekuatannya berkurang kaki kanan tidak dapat digerakkan.

Masalah Keperawatan : Gangguan Mobilitas fisik

### 7. Endokrin

Tidak ada pembesaran tyroid, hiperglikemia (dalam batas normal), tidak ada hipoglikemia.

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

### 8. Seksual Reproduksi

Pasien tidak pernah memeriksa masalah reproduksi seksual, pasien sudah bercerai dan tidak memiliki masalah reproduksi.

Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

### 9. Kemampuan perawatan diri

Tabel 3.1 Kemampuan perawatan diri T. E

Aktivitas	SMRS	MRS	Keterangan
Mandi	1	4	1. : Mandiri 2. : Alat bantu 3. : Dibantu orang lain dan alat 4. : Tergantung / tidak mampu
Berpakaian/dandan	1	3	
Toileting	1	4	
Mobilitas ditempat tidur	1	4	
Berjalan	1	4	
Naik tangga	1	4	
Berbelanja	1		
Memasak	1		
Pemeliharaan rumah	1		
Berpindah	1	4	

Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri

### 10. Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium

Tabel 3.2 Hasil pemeriksaan laboratorium Tn. E pada 20 Januari 2022

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Leukosit	14.01	$10^3/\mu\text{L}$	4.00- 10.00
Neutrofil#	10.36	$10^3/\mu\text{L}$	2.00 - 7.00
Neutrofil%	73.90	%	50.0 - 70.0
Limfosit#	2.14	$10^3/\mu\text{L}$	0.80 - 4.00
Limfosit%	15.30	%	20.0 - 40.0
Hemoglobin	14.70	g/dL	13-17
Hematokrit	42.40	%	40.0 - 54.0
Eritrosit	4.69	$10^6/\mu\text{L}$	4.00 - 5.50
Trombosit	326.00	$10^3/\mu\text{L}$	150 – 450
Kreatinin	1.86	mg/dL	0.6 - 1.5
BUN	25	mg/dL	10-24
Natrium (Na)	137.9	mEq/L	135-147
Kalium (K)	3.90	mmol/L	3.0-5.0

## 2. CT scan pada 14 Januari 2022

Deskripsi :

Tampak lesi hypodens berbatas tidak tegas di nucleus caudatus kanan, capsula interna kanan kiri dan corona radiata kanan, Lesi hypodens berbatas tegas di nucleus caudatus kiri, System ventrikel & cisterna normal, Deviasi midline structure (-), Cerebellum, pons & cerebellopontine angle baik, Sulci & gyri normal, Kalsifikasi abnormal (-), Orbita & nervus optikus kanan kiri normal Sinus paranasalis kanan kiri normal, Deviasi septum nasi ke kanan

Kesimpulan :

Infark Subacute di nucleus caudatus kanan , capsula interna kanan kiri dan corona radiata kanan, Infark Kronik di di nucleus caudatus kiri, Deviasi septum nasi ke kanan

## 3. Foto thorax pada 14 Januari 2022

Deskripsi :

Aorta dan mediastinum tdk melebar, trachea di tengah, Cor : membesar,  
 Pulmo : tak tampak infiltrat, corakan bronchovascular baik, Sinus  
 costophrenicus dan diafragma baik, Tulang dan soft tissue baik

Kesan :

Cardiomegali

Terapi obat :

Citicolin 1x250 mg melalui oral untuk meningkatkan senyawa kimia otak  
 phospolipid

### 3.2 Analisa Data (Diagnosa Keperawatan)

Tabel 3.3 Analisa data Tn.E dengan diagnosa medis CVA Infark di ruang 7

RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Data/ faktor resiko	Etiologi	Masalah
DS: - DO: - Pasien tampak lemas - Kesadaran: somnolen GCS : 4/6 TD: 154/81 mmHg, nadi : 67x/mnt, suhu 37°C, SpO2 : 97%, RR : 20x/mnt	embolisme	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif <b>(SDKI D.0017)</b>
DS : - Pasien mengeluh tidak dapat menggerakkan ekstremitas tubuh bagian kanan - Keluarga pasien mengatakan merasa cemas saat bergerak - Pasien enggan untuk menggerakkan tubuh bagian kanan DO : - Kekuatan otot menurun - Pasien tidak dapat menggerakkan kaki dan tangan kanan bagian kanan	Penurunan massa otot	Gangguan mobilitas fisik <b>(SDKI D0054)</b>
DS : - Pasien mengatakan meminta bantuan untuk perawatan diri pada keluarga DO : - Pasien tampak berbaring lemas diatas	Kelemahan	Defisit perawatan diri <b>(SDKI D.0109)</b>

tempat tidur - Pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri		
DS :- DO : - Pasien berbicara dengan pelo - Sulit menggunakan ekspresi wajah/tubuh	Penurunan sirkulasi serebral	Gangguan komunikasi verbal (SDKI D.0119)

### Prioritas masalah keperawatan

Tabel 3.4 Prioritas masalah keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis CVA Infark RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

NO	MASALAH KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF
		ditemukan	teratasi	
1	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (SDKI D.0017)	20 januari 2022	22 januari 2022	
2	Gangguan mobilitas fisik (SDKI D0054)	20 januari 2022	Belum teratasi	
3	Defisit perawatan diri (SDKI D.0109)	20 januari 2022	Belum teratasi	
4	Gangguan komunikasi verbal (SDKI D.0119)	20 januari 2022	22 januari 2022	

### 3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 5 Intervensi keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis CVA Infark Di ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteia hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan intrakranial menurun 3. Kesadaran membaik	Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor tekanan nadi 4. Monitor kesadaran 5. Monitor status pernapasan 6. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 7. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 8. Berikan posisi semi fowler 9. Hindari maneuver Valsava (cara bernapas dengan paksa) 10. Cegah terjadinya kejang . 11. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu	1. Mengetahui penyebab peningkatan tekanan intrakranial 2. Mencegah adanya peningkatan tekanan darah 3. Mencegah adanya peningkatan tekanan nadi 4. Mencegah adanya penurunan kesadaran 5. Mengetahui status pernapasan 6. Mengetahui intake dan output cairan 7. Menjaga kenyamanan pasien 8. Mencegah sesak napas 9. Menghindari adanya peningkatan tekanan dada 10. Menghindari terjadinya kejang 11. Menjaga suhu tubuh normal Membantu pencegahan kejang
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	1. Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengetahui toleransi fisik

	dengan penurunan massa otot	selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil, pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat, kelemahan fisik berkurang	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)</li> <li>6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu</li> <li>7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>9. Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>10. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menjaga nilai normal</li> <li>4. Menjaga kestabilan keadaan umum pasien</li> <li>5. Membantu pemenuhan kebutuhan fasilitas pasien</li> <li>6. Membantu pemenuhan fasilitas mobilisasi pasien</li> <li>7. Meningkatkan kemandirian keluarga pasien</li> <li>8. Memberi pengetahuan terkait ambulasi</li> <li>9. Melatih kelentukan otot</li> <li>10. Meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan ambulasi</li> </ol>
3	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI D0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan kemampuan aktivitas perawatan diri	<p><b>Dukungan Perawatan Diri (SIKI I.11348)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</li> <li>2. Monitor tingkat kemandirian</li> <li>3. Identifikasi alat bantu kebersihan diri</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Sediakan lingkungan yang terapeutik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau aktivitas pasien</li> <li>2. Mengetahui tingkat kemandirian pasien</li> <li>3. Mengetahui alat bantu kebersihan diri</li> <li>4. Menciptakan kenyamanan lingkungan pasien</li> <li>5. Membantu keperluan pribadi</li> </ol>

		meningkat, dengan kriteia hasil, kemampuan mandi meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan ke toilet meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat <b>(SLKI L.11103)</b>	5. Siapkan keperluan pribadi 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas dalam perawatan diri Edukasi 10. Anjurkan melakukan perawatan diri sesuai kemampuan	pasien 6. Membantu pemenuhan kebutuhan pasien 7. Melatih tingkat kemandirian pasien 8. Membantu pemenuhan fasilitas pasien dalam melatih kemandirian 9. Monitor tingkat kemandiran pasien 10. Menjaga keamanan
4	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan komunikasi verbal meningkat, dengan kriteia hasil: Kemampuan berbicara meningkat, , Kesesuaian wajah meningkat, Disfasia menurun,	Observasi 1. Monitor kecepatan tekanan dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis saat bicara (misalkan memori, pendengaran dan bahasa) 3. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 4. Gunakan metode komunikasi alternatif 5. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan 6. Ulangi apa yang disampaikan pasien Edukasi 7. Gunakan juru bicara jika perlu	1. Mengetahui kecepatan tekanan dan diksi bicara 2. Mengetahui proses kognitif, anatomis, dan fisiologis saat bicara 3. Mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 4. Meningkatkan kemampuan komunikasi 5. Meningkatkan kemampuan komunikasi sesuai kebutuhan 6. Menguji kebenaran apa yang disampaikan pasien 7. Membantu pemenuhan

		Pelo menurun, Respons perilaku	8. Anjurkan berbicara perlahan Kolaborasi Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	kebutuhan pasien 8. Meningkatkan kemampuan berbicara pasien 9. Membantu peningkatan kesehatan pasien
--	--	-----------------------------------	--	--

### 3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 6 Implementasi dan evaluasi keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis CVA Infark di ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

No Dx	Tanggal/waktu	Implementasi	Paraf	Tanggal/waktu	Evaluasi	Paraf
1,2,3,4	20 Januari 2022 08.00  08.20	Memberi salam, Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan pengenalan  Pada saat pengkajian pasien berbicara dengan pelo, tidak mampu menggerakkan tubuh bagian kanan, terpasang infus Bfluid pada tangan kiri  Observasi TTV TD: 154/81 mmHg, nadi : 67x/mnt, suhu 37°C, SpO2 : 97%, RR : 20x/mnt, GCS E:4 M:3 V:6 total 13		20 Januari 2022 13.00	<b>Diagnosis Keperawatan 1 :</b> <b>S= -</b> <b>O=</b> -pasien berbicara dengan pelo, kata kata tidak jelas -TTV : 175/91. Nadi : 77. Suhu : 36.1. SpO2 : 97. GCS : 436. RR : 20. <b>A=</b> masalah belum teratasi <b>P=</b> intervensi dilanjutkan  <b>Diagnosis Keperawatan 2:</b> <b>S=</b> pasien mengatakan tidak ada nyeri	

	<p>09.00</p> <p>09.10</p> <p>09.30</p> <p>09.40</p> <p>09.55</p> <p>10.20</p> <p>11.00</p>	<p>Memberikan posisi nyaman semi fowler</p> <p>Identifikasi penyebab peningkatan TIK</p> <p>Identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya, kaji kekuatan otot, mengubah posisi pasien setiap 2 jam sekali, melatih pasien melakukan pergerakan, melibatkan keluarga pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, monitor tingkat kemandirian</p> <p>Monitor kecepatan tekanan dan diksi bicara</p> <p>Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis saat berbicara</p> <p>Monitor TTV, Pemberian obat Citicolin</p>		<p><b>O</b>= pasien tidak mampu menggerakkan tubuh bagian kanan</p> <p><u>111  444</u></p> <p>111  444</p> <p><b>A</b>= masalah belum teratasi</p> <p><b>P</b>= intervensi dilanjutkan</p> <p><b>Diagnosis Keperawatan 3:</b></p> <p><b>S</b> : pasien mengatakan jika tubuhnya tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri dan perlu bantuan orang lain</p> <p><b>O</b> : pasien tampak di atas tempat tidur dengan posisi semifowler dengan keadaan lemas</p> <p><b>A</b> : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p><b>P</b> : intervensi dilanjutkan</p> <p><b>Diagnosis Keperawatan 4:</b></p> <p><b>S</b>= -</p> <p><b>O</b>= pasien berbicara dengan pelo, kata kata tidak jelas</p> <p>- pasien tampak kesulitan komunikasi</p> <p><b>A</b>= masalah belum teratasi</p> <p><b>P</b>= intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	--	--	--

1,2, 3,4, 5	21 Januari 2022 08.00  08.10   08.20   08.30  08.40  08.50  09.00	Menanyakan keadaan umum pasien, identifikasi adanya keluhan  TTV : TD : 171/91mmHg, nadi : 66x/mnt, suhu : 37°C, RR : 20, SpO2 : 97%, GCS : 436  Identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya, kaji kekuatan otot, mengubah posisi pasien setiap 2 jam sekali  Melatih pasien melakukan pergerakan, melibatkan keluarga pasien dalam meningkatkan ambulasi  Monitor tingkat kemandirian, Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan  Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri  Monitor kecepatan tekanan dan diksi bicara  Monitor proses kognitif, anatomis, dan	P	21 Januari 2022 13.00	<p><b>Diagnosis Keperawatan 1 :</b> S= pasien mengatakan tidak ada keluhan O= -pola napas efektif - TTV : 156/87. Nadi : 65. Suhu : 36.7. SpO2 : 97%. GCS : 446. RR : 20. A= masalah teratasi sebagian P= intervensi dilanjutkan</p> <p><b>Diagnosis Keperawatan 2:</b> S= pasien mengatakan tidak ada nyeri O= pasien tidak mampu menggerakkan tubuh bagian kanan, kekuatan otot meningkat sebagian 111 555 111 444 A= masalah teratasi sebagian P= intervensi dilanjutkan</p> <p><b>Diagnosis Keperawatan 3:</b> S= keluarga pasien mengatakan mulut pasien tampak kotor dan berbau O= mulut pasien tampak kotor, pasien hanya berbaring A= masalah belum teratasi P= intervensi dilanjutkan</p>	P
-------------------	--	--	---	--------------------------------	--	---

	09.10	fisiologis saat berbicara				
	10.00	Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan				
	10.20	Ulangi apa yang disampaikan pasien, anjurkan berbicara perlahan dengan kalimat jelas				
	10.30					
	10.40	Monitor TTV				
	11.00	Monitor tingkat kemandirian				
	11.20	Pemberian obat Citicolin				
<b>1,2,3,4,5</b>	22 Januari 2022	Menanyakan keadaan umum pasien		22 Januari 2022	<b>Diagnosis Keperawatan 1 :</b> S= pasien mengatakan tidak ada keluhan O= -TTV TD:110/70mmHg, N:70x/mnt S:36,5°C, RR: 20x/menit, SpO <sub>2</sub> : 97% GCS : 456 A= masalah teratasi P= intervensi dihentikan	
	08.00	Monitor TTV TD: 140/90mmHg N: 65/menit S: 36,5°C RR: 20x/menit SpO <sub>2</sub> : 97%		07.00		
	08.20	Monitor asupan makanan Identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya, kaji kekuatan otot, mengubah posisi pasien setiap 2 jam sekali				
	08.30					
	08.45	Melatih pasien melakukan pergerakan, melibatkan keluarga pasien dalam meningkatkan ambulasi				
	09.00					
	09.10					
					<b>Diagnosis Keperawatan 2:</b> S : pasien mengatakan tidak ada nyeri O= pasien tidak mampu menggerakkan tubuh bagian kanan, kekuatan otot	

	09.30	Monitor tingkat kemandirian, Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan		meningkat sebagian <u>111</u> 555 111 444 <b>A</b> = masalah teratasi sebagian <b>P</b> = intervensi dilanjutkan	
	09.40	Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri Monitor kecepatan tekanan dan diksi bicara		<b>Diagnosis Keperawatan 3:</b> <b>S</b> = keluarga pasien mengatakan mulut tampak bersih <b>O</b> = Mulut pasien tampak bersih, pasien belum mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kanan <b>A</b> = masalah teratasi sebagian <b>P</b> = intervensi dilanjutkan	
	09.55	Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis saat berbicara			
	10.20	Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan			
	10.35	Ulangi apa yang disampaikan pasien, anjurkan berbicara perlahan dengan kalimat jelas			
	11.00.	Monitor TTV Pemberian obat Citicolin 1x250mg		<b>Diagnosis Keperawatan 4:</b> <b>S</b> = <b>O</b> = - pasien mampu berbicara dengan jelas, orientasi baik <b>A</b> = masalah teratasi <b>P</b> = intervensi dihentikan	

## BAB 4

### PEMBAHASAN

Pada bab 4 ini membahas tentang proses asuhan keperawatan pada Tn. E dengan diagnosis medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 20 Januari 2022 sampai tanggal 22 Januari 2022. Pendekatan studi kasus dilakukan untuk mendapatkan pembahasan antara fakta di lapangan dan teori yang disertai analisa atau opini penulis. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### 4.1 Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan oleh penulis pada Tn. E dengan cara anamnesa pada pasien dan keluarga pasien karena pasien mengalami pelo, pemeriksaan fisik dan mendapatkan data pemeriksaan penunjang medis.

Pada 20 Januari 2022 dilakukan pengkajian, pasien merupakan laki laki usia 57 tahun. Sesuai pernyataan (Selvirawati, Wahab, and Rizarullah 2020) usia tersering yang mengalami stroke yaitu 55-64 tahun. Pasien stroke iskemik didominasi oleh kelompok umur 56-60 tahun sebanyak 18 orang (78,3%). Pada pengkajian yang dilakukan penulis ditemukan kondisi pasien lemah, terpasang infus Bfluid pada tangan kiri dan *folly cateter* dengan keluhan utama pasien tidak dapat menggerakkan tubuh bagian kanan, berbicara pelo, sejak terjatuh dari kursi sebanyak dua kali pada 13 Januari yang lalu, pasien mengalami tanda gejala sesuai

pernyataan (RI 2020). Pasien memiliki riwayat stroke pada tahun 2019, pasien tidak memiliki alergi dan riwayat penyakit keluarga, dilakukan pemeriksaan fisik kesadaran pasien somnolen GCS 13 E:4 (respon membuka mata secara spontan) V:3 (respon verbal dengan kata-kata tidak jelas) M:6 (mampu menggerakkan tubuh bagian kiri). Pada pemeriksaan nervus kranial ditemukan hasil :

Nervus Olfactorius (N.I) : Pasien mampu membedakan aroma.

Nervus Opticus (N.II) : Pasien dapat melihat dengan normal.

Nervus Okulomotorius (N.III) : Kedua mata pasien mampu membuka mata. Nervus

Trochlearis (N.IV) : Kedua mata pasien mampu menggerakkan bola mata.

Nervus Trigeminus (N.V) : pasien mampu menelan.

Nervus Abducens (N.IV) : Pasien mampu menggerakkan bola matanya.

Nervus Fasialis (N.VII) : Wajah pasien simetris, dapat membuka mata.

Nervus Akustikus (N.VIII) : Pendengaran pada pasien normal.

Nervus Glossofaringeus (N.IX) : Pasien tidak dapat merasakan rasa makanan.

Nervus Vagus (N.X) : Pasien mampu menelan dengan perlahan ketika faring posterior disentuh.

Nervus Asesorius (N.XI) : Pasien kesulitan menggerakkan lengan bagian kanan.

Nervus Hipoglossus (N.XII) : Pasien tidak mampu menggerakkan lidah.

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan secara teori, sedangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan keluhan yang dialami oleh pasien secara langsung.

## **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak mengalami kesenjangan, pada tinjauan pustaka didapatkan delapan masalah keperawatan, sedangkan pada

tinjauan kasus didapatkan empat diagnosa keperawatan tiga diantaranya yang sesuai dengan tinjauan pustaka yaitu:

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme (SDKI D.0017)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (SDKI D.0054)
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (SDKI D.0119)

Pada pengkajian ditemukan masalah baru pada tinjauan kasus yang sebelumnya tidak ditemukan pada tinjauan pustaka yaitu

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI D.0109)

Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus nyata, karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark secara umum, sedangkan pada kasus nyata diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien secara langsung.

### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Pada penyusunan tindakan keperawatan tidak semua rencana tindakan pada tinjauan pustaka dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan kondisi pasien saat dilakukan pengkajian. Dalam tujuan tindakan kasus dituliskan waktu pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung.

Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan diharapkan perfusi

serebral meningkat, dengan kriteria hasil tingkat kesadaran meningkat, tingkat intrakranial menurun, kesadaran membaik

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil, pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat, kelemahan fisik berkurang

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam, diharapkan kemampuan aktivitas perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil, kemampuan mandi meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan ke toilet meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat.

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil, kemampuan berbicara meningkat, kesesuaian wajah meningkat, disfasia menurun, pelou menurun, respons perilaku membaik.

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme pelaksanaan yang dilakukan pada pasien yaitu mengidentifikasi penyebab tekanan intrakranial, monitor tekanan darah, monitor tekanan nadi, monitor status pernapasan, monitor kesadaran, pertahankan suhu tubuh normal.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot pelaksanaan yang dilakukan pada pasien yaitu identifikasi adanya keluhan fisik

lain, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah, fasilitasi aktivitas ambulasi, melibatkan keluarga untuk membantu pasien, melatih gerak tubuh pasien, ubah posisi setiap 2 jam.

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan pelaksanaan yang dilakukan pada pasien yaitu Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, monitor tingkat kemandirian, sediakan lingkungan terapeutik, fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral pelaksanaan yang dilakukan pada pasien yaitu monitor kecepatan tekanan dan diksi bicara, monitor proses kognitif, komunikasi alternatif, menyesuaikan gaya komunikasi.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilaksanakan karena diketahui keadaan pasien secara langsung.

Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam tekanan nadi 110/70mmHg, tekanan nadi 70x/mnt, suhu 36,5°C, RR: 20x/menit, SpO<sub>2</sub>: 97% GCS : 456, tingkat kesadaran membaik.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, pasien tidak dapat menggerakkan tubuh bagian kanan, intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam , pasien masih membutuhkan bantuan dalam melakukan aktivitas, seperti makan, mandi dan lainnya.

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, pasien tidak pelo, kemampuan berkomunikasi meningkat.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis CVA Infark di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan sekaligus memberikan saran yang dapat bermanfaat untuk membantu meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis CVA Infark.

#### **5.1 Kesimpulan**

Setelah menguraikan berbagai persamaan dan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, maka penulis dapat mengambil simpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark dilakukan dengan pendekatan persistem mulai dari B1-B6. Pada pengkajian B3 (*brain*) penulis menemukan data Ada beberapa nervus pada sistem persyarafan yang mengalami masalah yaitu Nervus asesorus N.XI Pasien kesulitan menggerakkan lengan bagian kanan. Nervus hipoglossus (N.XII) pasien tidak mampu menggerakkan lidah, kemampuan bergerak pasien terbatas, ekstremitas atas tangan kiri dapat menggenggam dan dapat digerakan dengan bebas, tangan kanan tidak dapat digerakan, ekstremitas bawah kaki kiri dapat bergerak melawan tahanan sedang, kaki kanan tidak dapat digerakan, aktivitas pasien dibantu secara total.
2. Dalam penegakkan diagnosa keperawatan, tidak semua diagnosis yang ada di tinjauan pustaka tercantum di tinjauan kasus. Penulis menegaskan

diagnosa keperawatan sesuai kondisi klinis yang dialami oleh pasien. Masalah keperawatan yang muncul adalah Resiko perfusi serebral tidak efektif, Gangguan mobilitas fisik, Defisit perawatan diri dan Gangguan komunikasi verbal.

3. Intervensi keperawatan yang terdapat dalam tinjauan pustaka tidak semuanya tercantum pada tinjauan kasus. Intervensi yang disusun penulis menyesuaikan diagnosa yang ditemukan pada pasien secara langsung.
4. Pelaksanaan implementasi keperawatan, penulis melakukan pendelegasian tindakan keperawatan kepada teman sejawat dan bekerja sama dengan perawat ruangan.
5. Keberhasilan proses asuhan keperawatan pada pasien belum tercapai sepenuhnya. Hal ini disebabkan karena terbatasnya waktu dan kondisi pasien yang pulang, karena keluarga memilih merawat dirumah.

## **5.2 Saran**

Adapun saran-saran yang ingin penulis sampaikan setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan CVA Infark adalah sebagai berikut:

### **1. Akademisi**

Karya tulis ilmiah ini dapat menjadi sumber referensi bagi akademisi untuk memperdalam ilmu tentang proses asuhan keperawatan pada pasien CVA Infark.

### **2. Praktisi**

- a. Bagi Pelayanan Rumah Sakit

Penanganan yang cepat dan tepat pada kasus CVA Infark sangat dibutuhkan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut dari kerusakan mikrovaskular dan sirkulasi.

b. Bagi Penulis

Dalam menyusun studi kasus pada pasien dengan CVA Infark, kerja sama antara tim kesehatan dalam melakukan proses asuhan keperawatan, sangat dibutuhkan untuk mengetahui perkembangan kesehatan pasien.

c. Bagi Keluarga Pasien

Partisipasi keluarga dengan tenaga kesehatan dalam menangani kasus CVA Infark, sangat dibutuhkan untuk memudahkan tenaga kesehatan melakukan proses asuhan keperawatan yang maksimal.

## DAFTAR PUSTAKA

P2PTM Kemenkes RI, 2018, Apa itu Stroke?

Risikesdas, 2018, Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar, Jakarta

Artanti, Kurnia Dwi. 2021. “Faktor Risiko Berdasarkan Tipe Stroke Di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Indonesia - Unair News.” <http://news.unair.ac.id/2021/06/24/faktor-risiko-berdasarkan-tipe-stroke-di-rsud-dr-soetomo-surabaya-indonesia/> (February 4, 2022).

Setiadi. 2016. Dasar – Dasar Anatomi dan Fisiologi Manusia. Yogyakarta : Indomedia Pustaka

Nurafif & Kusuma. 2015 *Aplikasi: Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis NANDA & NIC-NOC Jilid 1*: Media Action

Gofir, A. 2021. *Tatalaksana Stroke dan Penyakit Vaskuler Lain* (Yuni (ed.); p. 27). Gadjah Mada University Press

Mega. 2021. “Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Diagnosa Medis CVA Infark Di Desa Kepel Bugul Kidul Pasuruan.”

Muliati. 2018. “Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.E Dengan Stroke Non Hemoragik Di Wilayah Kerja Puskesmas Kuto Baru Tahun 2018.” : 1–104.

RI, Kemenkes. 2020. “Kenali Gejala Dan Tanda-Tanda Stroke, SeGeRa Ke RS - Direktorat P2PTM.” <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic/kenali-gejala-dan-tanda-tanda-stroke-segera-ke-rs> (February 4, 2022).

Selvirawati, Selvirawati, Abdul Wahab, and Rizarullah Rizarullah. 2020. “PERBEDAAN PROFIL LIPID PASIEN STROKE ISKEMIK DAN STROKE HEMORAGIK DI RSUD MEURAXA KOTA BANDA ACEH.” *Jurnal Medika Malahayati* 4(3): 236–43. <http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/medika/article/view/3149> (February 4, 2022).

Syah, Adam, Devi Pujiyanti, and Tri Widyantoro. 2019. “Universitas Muhammadiyah Magelang.” : 4–11.

Ariyanti, Hani Riska. 2019. “PENGEMBANGAN CLINICAL PATHWAY KLIEN CVA INFARK: DIAGNOSIS DAN INTERVENSI KEPERAWATAN BERBASIS SDKI DAN SIKI TERHADAP MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN DI RUMAH SAKIT.” <http://lib.unair.ac.id> (February 4, 2022).

Denny Pratama, Aditya. 2021. “Pengaruh Pemberian Dual Task Training Terhadap Penurunan Risiko Jatuh Pada Kasus Stroke Iskemik.” *Jurnal Sosial Humaniora Terapan* 3(2): 2021.

PPNI. 2016. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

## Lampiran 1

### SOP (Standar Operasional Prosedur) Aff Drain

Pengertian :

Drain adalah semacam selang yang dipasang pada luka dan atau luka operasi untuk mengeluarkan cairan dan *exudate* dari luka tersebut

Tujuan :

1. Melanjutkan proses penyembuhan luka
2. Mencegah infeksi
3. Mencegah trauma pada dasar luka
4. Mencegah pemasukan benda asing dalam tubuh

Prosedur :

1. Persiapan alat :
  - a. Set steril :
    - bak instrumen
    - kapas steril secukupnya
    - dua buah pinset anatomis
    - dua buah pinset sirurgis
    - gunting runcing untuk mengangkat jaringan/jahitan
    - dua buah mangkok kecil untuk betadin dan NaCl jika luka kering, kapas sublimat jika luka basah
    - sarung tangan
    - korentang.
  - b. Set tidak steril :
    - plester dan gunting plester

- perlak untuk alas
- kantong plastik untuk tempat sampah
- bengkok untuk kotoran
- kapas alkohol
- baki untuk alat.

2. Persiapan pasien :

- a. Mengidentifikasi pasien
- b. Pasien diberi penjelasan tentang hal yang akan dilakukan
- c. Menjaga privasi pasien, tutup tirai

3. Pelaksanaan :

1. Tahap orientasi

- a. Mengucapkan salam terapeutik
- b. Menjelaskan mengenai prosedur tindakan dan tujuan tindakan
- c. Menanyakan kesiapan dan persetujuan pasien sebelum tindakan
- d. Memposisikan pasien senyaman mungkin

2. Tahap kerja

- a. Dekatkan alat pada pasien
- b. Pasang perlak sebagai alas
- c. Cuci tangan dan buka alat steril, pasang sarung tangan
- d. Buka balutan luka secara hati hati dengan pinset (1 pinset anatomis dan 1 pinset surgis) simpan balutan kotor didalam kantong plastik
- e. Bersihkan sisa-sisa plester terlebih dahulu dengan kapas alkohol
- f. Observasi keadaan luka
- g. Bersihkan luka dengan NaCl, dan gunakan betadin

- h. Gunting untuk melepas benang drain
  - i. Tarik dengan anjurkan pasien untuk menarik napas
  - j. Tutup luka
3. Tahap terminasi
- a. Bereskan alat-alat yang telah digunakan
  - b. Perawat melepas handscoon
  - c. Mencuci tangan
  - d. Mengevaluasi hasil tindakan
  - e. Berpamitan dengan pasien
4. Tahap dokumentasi : Mencatat hasil tindakan perawatan luka pada dokumen keperawatan

Sumber : RSUD KABUPATEN MELAWI, 2017