**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CEREBRAL INFRACTION DUE TO THROMBOSIS OF CEREBRAL***

***ARTERIES* (CVA INFARK) DI RUANG VII**

**RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**



**Oleh :**

**Riska Meireta Verdayanti**

**NIM. 2230090**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2023**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CEREBRAL INFRACTION DUE TO THROMBOSIS OF CEREBRAL***

***ARTERIES* (CVA INFARK) DI RUANG VII**

**RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners**



**Oleh :**

**Riska Meireta Verdayanti**

**NIM. 2230090**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2023**

**SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

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

Surabaya, 17 Januari 2023

Penulis,

**Riska Meireta Verdayanti**

**NIM 2230090**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Riska Meireta Verdayanti

NIM : 2230090

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) di Ruang VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

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

# NERS (Ns.)

Pembimbing Institusi Pembimbing Klinik

**Dr. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.,Kep.MB.** **Riyanto Budi Laksana, S.Kep.,Ns**

**NIP. 03.020 NIP. 197712022006041004**

**Mengetahui,**

**Stikes Hang Tuah Surabaya**

**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Dr. Hidayatus Sya’diyah, S.Kep., Ns., M.Kep**

**NIP. 03.009**

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Riska Meireta Verdayanti

NIM : 2230090

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pasien *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) di Ruang VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

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

Penguji Ketua : Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP. 03.001

Penguji I :Dr. Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.MB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP.03.020

Penguji II : Riyanto Budi Laksana, S.Kep., Ns. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP.197712022006041004

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

**Dr. Hidayatus Sya’diyah, S.Kep., Ns., M.Kep**

**NIP. 03.009**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 17 Januari 2023

**KATA PENGANTAR**

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kahadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penuis dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) di Ruang VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya Ilmiah Akhir ini disusun dengan meanfaatkan berbagai literature serta mendapatkan banyak pengaruh dan bantuan dari berbagai pihak, penuis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Laksamana Pertama (Purn.) Dr. AV Sri Suhardiningsih., S.Kep., M.Kes. Selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Sumanta, J., Sp.PD., FINASIM., M. M selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
3. Dr.Hidayatus Sya’diyah, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Bapak Dr. Nuh Nuda, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KB pembimbing institusi yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan Karya Ilmaih Akhir ini.
5. Bapak Riyanto Budi Laksana, S.Kep., Ns sebagai pembimbing klinik yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
6. Bapak/ Ibu dosen, staf, dan karyawan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah banyak membantu kelancaran proses belajar mengajar selama masa perkuliahan untuk menempuh studi dan telah membimbing selama menuntut Ilmu di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.
7. Klien yang telah memberikan kesempatan untuk dilakukan asuhan keperawatan dalam mendukung pelaksanaan praktek Keperawatan Komprehensif dan penulisan Karya Ilmiah Ahir
8. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalain
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, 17 Januari 2023

**Riska Meireta Verdayanti**

**NIM. 2230090**

**DAFTAR ISI**

Cover Dalam i

Surat Pernyataan Keaslian Laporan ii

Halaman Persetujuan iii

Halaman Pengesahan iv

Kata Pengantar v

Daftar isi vii

Daftar Tabel ix

Daftar Gambar x

Daftar Singkatan Dan Simbol xi

BAB 1 PENDAHULUAN

* 1. Latar Belakang 1
  2. Rumusan Masalah 4
  3. Tujuan Penelitian 4
     1. Tujuan Umum 4
     2. Tujuan Khusus 5
  4. Manfaat Penulisan 5
     1. Akademis 5
     2. Secara Praktis 6
  5. Metode Penulisan 7

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

* 1. Anatomi Angiogram Cerebral 10
     1. *Lateral View* – Sirkulasi Anterior 10
     2. Anteroposterior (AP) View – Sirkulasi Media 11
     3. *Frontal View* – Sirkulasi Posterior 12
  2. Konsep Teori *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) 14
     1. Pengertian 14
     2. Etiologi 15
     3. Faktor Resiko 16
     4. Patofisiologi 21
     5. Pathway Strok Non Hemoragik (CVA Infark) 24
     6. Komplikasi 25
     7. Manifestasi Klinis 26
     8. Klasifikasi 26
     9. Pemeriksaan Penunjang 28
     10. Pengkajian Tingkat Keparahan Stroke Menggunakan *National Institute Health Stroke Scale* (NIHSS) 30
     11. Penatalaksanaan 32
  3. Konsep Asuhan Keperawatan 34
     1. Pengkajian Keperawatan 36
     2. Analisa Data 44
     3. Diagnosa Keperawatan 44
     4. Perencanaan Keperawatan 52
     5. Implementasi Keperawatan 56
     6. Evaluasi Keperawatan 57

BAB 3 TINJAUAN KASUS

* 1. Pengkajian 59
     1. Data Dasar 59
     2. Pemeriksaan Fisik 62
  2. Analisa Data 71
  3. Diagnosa Keperawatan 73
  4. Intervensi Keperawatan 74
  5. Implementasi dan Evaluasi 77

BAB 4 PEMBAHASAN

* 1. Pengkajian 108
  2. Diagnosa Keperawatan 116
  3. Intervensi Keperawatan 118
  4. Implementasi Keperawatan 121
  5. Evaluasi Keperawatan 122

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

* 1. Kesimpulan 125
  2. Saran 127

DAFTAR PUSTAKA 128

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 *National Institute Health Stroke Scale* (NIHSS) 31

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan 52

Tabel 3.3 Analisa Data 71

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan 74

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatn Dan Evaluasi 77

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan 105

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 *A) Lateral view angiogram cerebral. (B) Skematis lateral view angiogram cerebral anterior. (C) Skematis lateral view angiogram cerebral medial* 11

Gambar 2.2 A) Anteroposterior/frontal view angiogram cerebral. (B) Skematis AP view angiogram cerebral. (C) Skematis segmen-segmen MCA 12

Gambar 2.3 *(A) Frontal view angiogram cerebral memperlihatkan sistem sirkulasi posterior dan vertebrobasilar. (B) Segmen-segmen PCA* 13

Gambar 2.4 WOC *CVA Infark* 24

# DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL

Daftar Singkatan:

ABC : *Airway Control, Breathing Support, Circulation Support*

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buang Air Kecil

CVA *: Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral*

DSA : *Digital Subtraction Angiography*

DM : Diabetes Mellitus

ICH : *Intracerebral Hemorrahage*

MAP : *Mean Arteri Blood Plessure*

MRI : *Magnetic Resonance Imagine*

NIDDM : Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus

NIHSS : *National Institute Health Stroke Scale*

PHBS : Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

RIND : *Reversible Ischemic Neurological* Deficit

ROM : *Range Of Motion*

RSPAL : Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut

STIKES : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan

TCD : *Transcranial Doppler*

TIA : *Transtien Ischemic Attack*

TNI : Tentara Nasional Indonesia

WOC : *Web Of Coution*

WHO : *World Health Organization*

Daftar Simbol:

√ : Tanda Centang

“ ” : Tanda Petik

X : Kali

, : Koma

. : Titik

+ : Positif

- : Negatif

= : Sama Dengan

: : Banding

% : Persen

° : Derajat

≥ : Lebih Dari

> : Lebih

< : Kurang

≤ : Kurang Dari

± : Lebih Dari

( : Buka Kurung

) : Tutup Kurung

# BAB I

# PENDAHULUAN

# Latar Belakang

Pola hidup sehat mempunyai peranan yang penting untuk meningkatkan dan mempertahankan derajat kesehatan di masyarakat. Dewasa ini memulai gaya hidup sehat justru di anggap kegiatan yang melelahkan bagi sebagian individu. Gaya hidup yang kurang sehat dapat saja dipengaruhi oleh peningkatan kemakmuran dan kemajuan teknologi yang mengakibatkan perburukan pola hidup masyarakat serta menjadi salah satu penyebab terjadinya penyakit degeneratif yaitu jantung, hipertensi, diabetes melitus, gagal ginjal, hepatitis dan stroke (Lili & Sari, 2016). Stroke sebagai salah satu penyakit degeneratif didefinisikan sebagai gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) dengan tanda dan gejala klinis baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam, disebabkan oleh terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan (stroke hemoragik) ataupun sumbatan (stroke iskemik) dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian (Junaidi & Iskandar, 2012). Fenomena masalah yang adanya peningkatan TIK, gangguan bicara (afisia), gangguan menelan (disfagia), vertigo, serta bicara pelo atau cadel (disartria). Masalah lain yang sering terjadi penurunan kapasitas adaptif intrakranial, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, defisit perawatan diri, dan resiko aspirasi.

*World Health Organisation* (WHO) tahun 2017 angka kematian akibat stroke sebesar 51% diseluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Selain

itu, diperkirakan sebesar 16% kematian stroke disebabkan karena tingginya kadar glukosa (Kemenkes RI, 2017). *American Heart Assosiation* (AHA, 2015) menyebutkan angka kejadian Stroke pada laki-laki usia 20-39 tahun sebanyak 0,2% dan perempuan sebanyak 0,7%. Usia 40-59 tahun angka terjadinya Stroke pada perempuan sebanyak 2,2% dan laki-laki 1.9%. Kejadian stroke di Indonesia pada tahun 2018 yaitu sebanyak 10,9% dari 1.000 penduduk. (Riskesdas, 2018). Provinsi Jawa Timur memiliki estimasi jumlah pasien stroke terbanyak kedua di Indonesia, yaitu 190.449 orang (6,6%) dan 302.987 orang (10,5%) Prevelansi Pasien CVA Infark di Ruang VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya berjumlah 64 kasus

Prevelansi strok non hemoragik (CVA infark) yang tinggi pada umumnya di sebabkan dua faktor. Pertama adalah genetik yang berhubungan dengan fungsi tubuh yang normal sehingga tidak dapat dimodifikasi berupa usia, jenis kelamin, ras, riwayat stroke dalam keluarga dan serangan Transient Ischemic Attack atau stroke sebelumnya. Faktor kedua merupakan akibat dari gaya hidup seseorang dan dapat dimodifikasi berupa hipertensi, diabetes mellitus, merokok, hiperlipidemia dan intoksikasi alkohol. (WHO, 2012). CVA berkaitan erat dengan tekanan darah tinggi yang mempengaruhi munculnya kerusakan dinding pembuluh darah tidak merata. Akibatnya, zat-zat yang terlarut seperti kolestrol, kalsium dan lain sebagainnya akan mengendap pada dinding pembuluh yang dikenal dengan istilah penyempitan pembuluh darah. Bila penyempitan pembuluh darah terjadi pada waktu yang lama, akan mengakibatkan suplai darah ke otak menjadi berkurang, bahkan terhenti yang kemudian menimbulkan CVA. (Pudiastuti, 2011). Pada kasus penurunan kapasitas adaptif intrakranial adanya penimbunana lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah, lemak yang sudah nekrotik dan bergenerasi, penyempitan pembuluh darah, aliran darah terhambat, eritrosit bergumpal, arteriosklrerosis, emboli di cerebral, stroke non hemoragic, proses metabolisme dalam otak terganggu, suplai darah dan oksigen ke otak menurun. Pada gangguan komunikasi verbal adanya kerusakan di nervus VII fasialis dan nervus IX glosofaringeus, kontrol otak facial dan oral menjadi penuh, ketidakmampuan bicara. Pada kasus gangguan mobilitas fisik adanya disfungsi nervus XI (aksesorius), penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal, kelemahan pada ke 4 anggota gerak, hemiparase/plegi kanan kiri, terjadinya tirah baring lama.

Dalam mengatasi masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan stroke iskemik, mobilitas fisik serta gangguan komunikais mengacu buku Standart intervensi keperawatan Indonesia Tahun 2017 diantaranya Identifikasi penyebab peningkatan TIK misal edema serebral, peningkatan tekanan vena, memonitor peningkatan Tekanan Darah, Monitor pelebaran tekanan nadi, Monitor tekanan perfusi serebral, Ambil sampel drainase cairan serebrospnal., Pertahankan sterilisasi sistem pemantauan, mengtur interval pemantauan sesuai kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan dan tujuan prosedur pemantauan, Informasikan hasil pemantauan, kolaborasi pemberian sedasi dan anti kovulsan jika perlu. Identifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya, memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara, memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara, memori, pendengaran dan bahasa. (SDKI, 2017). Solusi pada penurunan kapasitas adaptif intracranial diantaranya pemeriksaan penunjang, suplai oksigen, metabolism, pemberian obat citicolin. Pada gangguan komunikasi verbal yaitu dilakukan lingual exercise. Perawat merupakan fasilitator dalam mewujudkan gerakan masyarakat hidup sehat sesuai dengan perannya. Sebagai *care giver* yaitu memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke dan sebagai educatordalam bentuk pendidikan kesehatan yang meliputi kebutuhan nutrisi, perawatan pasca stroke, serta anjuran-anjuran pada keluarga sebagai upaya membantu pemenuhan kebutuhan sehari-hari dan pencegahan agar tidak terjadi serangan stroke berulang. (Praditiya, 2017). Sesuai kasus diatas maka penulis tertarik untuk membahas tentang perawatan pasien dengan stroke sebagai bahan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pasien *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) di Ruang VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”

# Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam studi kasus ini ialah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pasien *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) di Ruang VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” ?

# Tujuan Penulisan

# Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) di Ruang VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

# Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada Pasien *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) di Ruang VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Pasien *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) di Ruang VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada Pasien *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) di Ruang VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Pasien *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) di Ruang VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Pasien *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) di Ruang VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
6. Melakukan dokumentasi keperawatan pada Pasien *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) di Ruang VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

# Manfaat Penulisan

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

# Akademis

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan ilmu pengetahuan khususnya dalam hal melakukan asuhan keperawatan pada pasien *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) di Ruang VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

# Secara Praktis

1. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan serta meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) dengan baik.

1. Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Medis *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) serta bagi tenaga kesehatan agar dapat lebih proaktif dalam hal menginformasikan kepada masyarakat tentang faktor yang berhubungan maupun yang beresiko mempertinggi kejadian *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark).

1. Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil studi kasus ini dapat menjadi salah satu tambahan referensi bagi penulis berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagosa Medis *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) untuk sebagai dasar dalam penelitian selanjutnya namun dengan menambahkan faktor lain yang belum diteliti.

1. Bagi Masyarakat

Bagi masyarakat pada umumnya, disarankan agar lebih berperan aktif dalam melakukan pencegahan terhadap *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) dengan melakukan *chek-up* agar dapat dilakukan deteksi dini terhadap suatu kasus berkaitan dengan gangguan sistem ekskresi.

# Metode Penulisan

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

# Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien dan rekam medis.

1. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku yang dapat diamati. Serta melakukan percakapan dengan pasien dan keluarga.

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, laboraturium, dan radiologi, yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

# Sumber Data

1. Data Premier

Data Primer adalah data yang diperoleh dari pasien langsung.

1. Data Sekunder

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

# Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu memperlajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

# Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengatar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

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

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark).

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

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dan kenyataan yang dilapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dam lampiran

# BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan di uraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan klien dengan *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark). Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul, dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengmantauan, diagnose, perencanaaan, pelaksanaan, dan evaluasi**.**

* 1. **Anatomi Angiogram Cerebral**

# *Lateral View* – Sirkulasi Anterior

*Lateral view angiogram cerebral*  dapat memperlihatkan distribusi teritori vaskular ACA dan Trigonum Sylvius. A.pericallosum muncul distal terhadap A.communicans anterior atau distal terhadap asal A.callosomarginal cabang ACA. Segmental Anatomi dari ACA adalah sebagai berikut:

1. Segmen A1: membentang dari bifucartio A.carotis interna (ICA) hingga A*.communicans anterior*
2. Segmen A2: membentang sepanjang perbatasan *rostrum* dan *genu corpus callosum*
3. Segmen A3: membentang hingga bengkokan genu corpus callosum
4. Segmen A4 dan A5: membentang ke arah posterior diatas truncus et splenium corpus callosum.
5. *Trigonum Sylvius* diproyeksikan pada cabang opercular MCA dengan apex representatif letak titik Sylvius.



Gambar 2.1 *A) Lateral view angiogram cerebral. (B) Skematis lateral view angiogram cerebral anterior. (C) Skematis lateral view angiogram cerebral medial.* (Budianto et al., 2021)

# Anteroposterior (AP) View – Sirkulasi Media

*Frontal* atau *AP view angiogram cerebral* dengan injeksi kontras selektif pada ICA kiri memperlihatkan sirkulasi anterior. Pada AP view ini bisa terlihat 2 segmen ACA yaitu: A1: proksimal terhadap A.communicans anterior, A2: lebih distal terhadap A1. Kemudian dapat diidentifikasi juga segmen-segmen MCA yaitu:

1. Segmen M1: Segmen horizontal/sphenoidal. Truncus MCA ini membentang sepanjang sisi anterior-basal dari korteks insula (limen insulae) dan memberi 5-15 percabangan berupa A.lenticulostraita.
2. Segmen M2: Segmen insular. Membentang di dalam (profunda) fissura lateralis Sylvii dan sepanjang insula.
3. Segmen M3: Segmen opercular. Membentang dengan pola mengikuti curvature operculum (bukaan) dan merupakan cabang terminal dari MCA.
4. Segemen M4: Cabang kortikal. Segemen paling terminal yang tampak keluar dari *fissura lateralis Sylvii* hingga ke luar korteks otak.



Gambar 2.2 A) Anteroposterior/frontal view angiogram cerebral. (B) Skematis AP view angiogram cerebral. (C) Skematis segmen-segmen MCA.

(Budianto et al., 2021)

# *Frontal View* – Sirkulasi Posterior

Proyeksi anterior dari A.vertebralis dextra pada angiogram cerebral dapat memperlihatkan sirkulasi posterior. Sirkulasi posterior, yaitu PCA memiliki segmen (tidak bisa diperlihatkan pada angiogram) sebagai berikut (lihat gambar skematis):

1. Segmen P1: (1) *A.thalamus perforans*, (2) *A.circumflexa longus*, (3) *A.circumflexa breves*
2. Segmen P2A: (*4) A.peduncularis perforans, (5) A.choroidalis posterior medial, (6) A.hippocampus, (7) A.temporalis anterior, (8) A.temporalis media*
3. Segmen P2P: (9*) A.temporalis posterior, (10) A.choroidalis posterior lateral*
4. Segmen P3 dan P4: *(11) A.calcarina, (12) A.parieto-occipitalis.*



Gambar 2.3 *(A) Frontal view angiogram cerebral memperlihatkan sistem sirkulasi posterior dan vertebrobasilar. (B) Segmen-segmen PCA*

(Budianto et al., 2021)

* 1. **Konsep Teori *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark)**

# Pengertian

Stroke, atau cedera serebrovaskular (CVA), adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer, S. C & Bare, 2013). Sebagian besar (80%) disebabkan oleh stroke non hemoragik. Stroke non hemoragik merupakan stroke yang dapat disebabkan oleh trombus dan emboli. Stroke non hemoragik akibat trombus terjadi karena penurunan aliran darah pada tempat tertentu di otak melalui proses stenosis.

Smeltzer, S. C & Bare, (2013) menyatakan bahwa pada waktu stroke, aliran darah ke otak terganggu sehingga terjadinya iskemia yang berakibat kurangnya aliran glukosa, oksigen dan bahan makanan lainnya ke sel otak.

Stroke merupakan gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak (Sudoyo Aru,2011). Istilah stroke biasanya digunakan secara spesifik untuk menjelaskan infark serebrum ( amin huda Nurarif & Khusuma, 2015).

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (*deficit neurologic)* akibat terhambatnya aliran darah ke otak.Secara sederhana stroke akut didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan (stroke iskemik) atau pendarahan (stroke hemoragic) (Rizki et al., 2019).

Stroke adalah terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam, akibat gangguan aliran darah otak. Menurut penulis, stroke adalah gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena pendarahan ataupun sumbatan dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian (Rizki et al., 2019)

# Etiologi

Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu: stroke iskemik dan stroke hemorragik. (Nurarif, 2016)

* + - 1. Stroke iskemik (Non hemoragik) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. 80% stroke adalah strok iskemik.

Stroke iskemik ini dibagi menjadi 3 jenis, yaitu:

1. Stroke trombotik: proses terbentuk thrombus yang membuat penggumpalan
2. Stroke embolik : tertutupnya pembulu arteri oleh bekuan darah
3. Hippoperfusion siskemik: berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan jantung
   * + 1. Stroke hemoragik yaitu stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Hampir 70% kasus strok hemoragik terjadi pada penderita hipertensi.

Stroke hemoragik ada 2 jenis, yaitu :

* + - 1. Hemoragik intraserebral : pendarahan yang terjadi di dalam jaringan otak
      2. Hemoragik Subaraknoid: pendarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak). (Nurarif, 2016)

# Faktor Resiko

Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor atau yang sering disebut multifaktor. Faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian stroke dibagi menjadi dua, yaitu faktor resiko yang tidak dapat dikendalikan (*non-modifiable risk factors*) dan faktor resiko yang dapat dikendalikan (*modifiable risk factors*). (Nastiti, 2012)

1. Faktor risiko tidak dapat dikendalikan
   1. Umur

Semakin bertambah tua usia, semakin tinggi risikonya. Setelah berusia 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok dewasa muda dan tidak memandang jenis kelamin.

* 1. Jenis kelamin

Pria lebih berisiko terkena stroke daripada wanita, tetapi penelitian menyimpulkan bahwa justru lebih banyak wanita yang meninggal karena stroke. Risiko stroke pria 1,25 lebih tinggi daripada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi. Dengan perkataan lain, walau lebih jarang terkena stroke, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar.

* 1. Ras

Ada variasi yang cukup besar dalam insiden stroke antara kelompok etnis yang berbeda. Orang-orang dari ras Afrika memiliki risiko lebih tinggi untuk semua jenis stroke dibandingkan dengan orang-orang dari ras kaukasia. Risiko ini setidaknya 1,2 kali lebih tinggi dan bahkan lebih tinggi untuk jenis stroke ICH (*Intracerebral Hemorrahage*).

* 1. Faktor genetik

Terdapat dugaan bahwa stroke dengan garis keturunan saling berkaitan. Dalam hal ini hipertensi, diabetes, dan cacat pada pembuluh darah menjadi faktor genetik yang berperan. Selain itu, gaya hidup dan kebiasaan makan dalam keluarga yang sudah menjadi kebiasaan yang sulit diubah juga meningkatkan risiko stroke.

1. Faktor risiko dapat dikendalikan
   1. Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan arteri. Penderita hipertensi memiliki faktor risiko stroke empat hingga enam kali lipat dibandingkan orang yang tanpa hipertensi dan sekitar 40 hingga 90 persen pasien stroke ternyata menderita hipertensi sebelum terkena stroke. Secara medis, tekanan darah di atas 140-90 tergolong dalam penyakit hipertensi. Oleh karena dampak hipertensi pada keseluruhan risiko stroke menurun seiring dengan pertambahan umur, pada orang lanjut usia, faktor-faktor lain di luar hipertensi berperan lebih besar terhadap risiko stroke. Orang yang tidak menderita hipertensi, risiko stroke meningkat terus hingga usia 90 tahun, menyamai risiko stroke pada orang yang menderita hipertensi. Sejumlah penelitian menunjukkan obat-obatan anti hipertensi dapat mengurangi risiko stroke sebesar 38 persen dan pengurangan angka kematian karena stroke sebesar 40 persen.

* 1. Diabetes Mellitus

Pada penderita DM, khususnya Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) terdapat faktor risiko multiple stroke. Lesi ateriosklerosis pembuluh darah otak baik intra maupun ekstrakranial merupakan penyebab utama stroke. Ateriosklerosis pada pembuluh darah jantung akan mengakibatkan kelainan jantung yang selanjutnya dapat menimbulkan stroke dengan emboli yang berasal dari jantung atau akibat kelainan hemodinamik. Pada ateriosklerosis pembuluh darah otak yang besar, perkembangannya mengikuti peningkatan tekanan darah, tetapi pada pembuluh darah kecil, misal dinding pembuluh darah penetrans, suatu end-arteries berdiameter kecil menebal karena proses jangka panjang dari deposisi hialin, produk lipid amorphous, dan fibrin. Suatu mikroaneurisma dapat terjadi pada daerah yang mengalami ateriosklerosis tersebut dan selanjutnya dapat mengakibatkan perdarahan yang sulit dibedakan dengan lesi iskemik primer tanpa menggunakan suatu pemeriksaan imajing.

Penderita diabetes cenderung menderita ateriosklerosis dan meningkatkan terjadinya hipertensi, kegemukan dan kenaikan lemak darah. Kombinasi hipertensi dan diabetes sangat menaikkan komplikasi diabetes, termasuk stroke. Pengendalian diabetes sangat menurunkan terjadinya stroke.

* 1. Kenaikan kadar kolesterol/lemak darah

Kenaikan *level Low Density Lipoprotein* (LDL) merupakan faktor risiko penting terjadinya aterosklerosis yang diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah. Penelitian menunjukkan angka stroke meningkat pada pasien dengan kadar kolestrol di atas 240 mg%. Setiap kenaikan 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25%. Kenaikan HDL 1 m mol (38,7 mg%) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47%. Demikian juga kenaikan trigliserid menaikkan jumlah terjadinya stroke.

* 1. Obesitas

Obesitas dapat meningkatkan risiko stroke baik perdarahan maupun sumbatan, tergantung pada faktor risiko lainnya yang ikut menyertainya (Dourman, 2013). Fakta membuktikan bahwa stroke banyak dialami oleh mereka yang mengalami kelebihan berat badan dan bahkan sebagian kasus umumnya dialami oleh penderita obesitas.

* 1. Kebiasaan mengkonsumsi alkohol

Mengkonsumsi alkohol memiliki efek sekunder terhadap peningkatan tekanan darah, peningkatan osmolaritas plasma, peningkatan plasma homosistein, kardiomiopati dan aritmia yang semuanya dapat meningkatkan risiko stroke. Konsumsi alkohol yang sedang dapat menguntungkan, karena alkohol dapat menghambat thrombosis sehingga dapat menurunkan kadar fibrinogen dan agregasi platelet, menurunkan lipoprotein, meningkatkan HDL, serta meningkatkan sensitivitas insulin (Misbach, 2013).

* 1. Aktifitas fisik

Kurang olahraga merupakan faktor risiko independen untuk terjadinya stroke dan penyakit jantung. Olahraga secara cukup rata-rata 30 menit/hari dapat menurunkan risiko stroke. Kurang gerak menyebabkan kekakuan otot serta pembuluh darah. Selain itu orang yang kurang gerak akan menjadi kegemukan yang menyebabkan timbunan dalam lemak yang berakibat pada tersumbatnya aliran darah oleh lemak (aterosklerosis). Akibatnya terjadi kemacetan aliran darah yang bisa menyebabkan stroke (Dourman, 2013)

* 1. Merokok

Merokok merupakan faktor risiko stroke yang sebenarnya paling mudah diubah. Perokok berat menghadapi risiko lebih besar dibandingkan perokok ringan. Merokok hampir melipat gandakan risiko stroke iskemik, terlepas dari faktor risiko yang lain, dan dapat juga meningkatkan risiko subaraknoid hemoragik hingga 3,5 persen. Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke, yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa muda ketimbang usia tengah baya atau lebih tua. Sesungguhnya, risiko stroke menurun dengan seketika setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis.

# Patofisiologi

Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (ateroma) dilokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus.

Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis atau tingginya kadar asam di dalam tubuh lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida, dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi perusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Esther, 2013).

Infark iskhemik serebri sangat erat hubungannya dengan a terosklerosis dan arteriosklerosis. Aterosklerosis dapat menimbulkan bermacam-macam manifestasi klinis dengan cara:

1. Menyempitnya lumen pembuluh darah dan mengakibatkan insufisiensi atau jantung tidak dapat memompa darah secara memadai keseluruh tubuh.
2. Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadinya thrombus dan perdarahan aterm.
3. Dapat terbentuk thrombus yang kemudian terlepas sebagai emboli.
4. Menyebabkan aneurisma yaitu lemahnya dinding pembuluh darah atau menjadi lebih tipis sehingga dapat dengan mudah robek

Faktor yang mempengaruhi aliran darah ke otak:

1. Keadaan pembuluh darah.
2. Keadan darah : viskositas darah meningkat, hematokrit meningkat, aliran darah ke otak menjadi lebih lambat, anemia berat, oksigenasi ke otak menjadi menurun.
3. Tekanan darah sistemik memegang peranan perfusi otak. Otoregulasi otak yaitu kemampuan intrinsik pembuluh darah otak untuk mengatur agar pembuluh darah otak tetap konstan walaupun ada perubahan tekanan perfusi otak.
4. Kelainan jantung menyebabkan menurunnya curah jantung dan karena lepasnya embolus sehingga menimbulkan iskhemia otak. Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan fokal (*thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler*) atau oleh karena gangguan umum (Hypoksia karena gangguan paru dan jantung).

*Arterosklerosis* sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak. Thrombus dapat berasal dari flak arterosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan oedema dan nekrosis diikuti thrombosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebrovaskuler. Anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4- 6 menit. Perubahan irreversible dapat anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi, salah satunya cardiac arrest.

Okulasi dalam stroke iskemik biasanya terjadi secara fokal. Terbagi menjadi dua bagian vascular dan metabolisme. Iskemia terjadi disebabkan oleh oklusi vascular. Dapat disebabkan oleh emboli, thrombus, plak dan penyebab lain. Iskemia menyebabkan hipoksia dan akhirnya kematian jaringan otak. Tanda dan gejala pada stroke iskemik muncul berdasarkan lokasi terjadinya iskemia.

Oklusi iskemik terjadi karena adanya thrombosis dan emboli pada otak. Thrombosis aliran darah terganggu akibat plak yang membuat sempit pembuluh darah. Semakin lama akan membentuk sumbutan yang menyebabkan stroke trombotik. Penurunan aliran darah terjadi karena adanya emboli yang menyebabkan vaskularisasi otak menurun sehingga stres menyebabkan nekrosis sel.

# Pathway Strok Non Hemoragik (CVA Infark)

Gambar 2.4 WOC *CVA Infark*

Sumber : Nurarif (2016) dengan menggunakan Standart Diagnosis

Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017)

# Komplikasi

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera yang dapat mengakibatkan perubahan pada aliran darah serebral sehingga ketersediaan oksigen ke otak menjadi berkurang dan akan menimbulkan kematian jaringan otak (Bararah & Jauhar, 2013)

Komplikasi Stroke Menurut Pudiastuti (2013) pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

1. Bekuan darah (Trombosis) Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.
2. Dekubitus Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak pengaruh dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.
3. Pneumonia Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paruparu dan selanjutnya menimbulkan pneumoni.
4. Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur) Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi
5. Depresi dan kecemasan Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh

# Manifestasi Klinis

# Manifestasi klinis stroke sebagai berikut : ( Nurarif, 2016)

1. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan
2. Tiba-tiba hilang rasa peka
3. Bicara pelo
4. Gangguan bicara dan bahasa
5. Gangguan penglihatan
6. Mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai
7. Gangguan daya ingat
8. Nyeri kepala hebat
9. Vertigo
10. Kesadaran menurun
11. Proses kencing terganggu
12. Gangguan fungsi otak

# Klasifikasi

* + - 1. Stroke iskemik transien (*Transtien ischemic attack*/TIA)

Stroke ini biasa disebut dengan stroke kecil, dimana stroke yang terjadi pada periode singkat iskemik serebral terlokalisasi yang menyebabkan defisit neurologis yang berlangsung selama kurang dari 24 jam. TIA disebabkan karena gangguan inflamasi arteri, anemia sel sabit, perubahan aterosklerosis pada arteri karotis dan serebral, trombosis, serta emboli.

Manifestasi neurologis TIA beragam berdasarkan lokasi dan ukuran pembuluh serebral yang terkena dan memiliki awitan tiba-tiba. Biasanya terjadi defisit meliputi kebas kontralateral atau kelemahan tungkai, tangan, lengan bawah dan pusat mulut, afasia dan gangguan penglihatan buram serta fugaks amaurosis (kebutaan yang cepat pada satu mata).

* + - 1. Stroke pembuluh darah besar (trombolisis)

Stroke trombotik adalah tipe stroke yang paling umum, dimana sering dikaitkan dengan aterosklerosis dan menyebabkan penyempitan lumen arteri, sehingga menyebabkan gangguan masuknya darah yang menuju ke bagian otak.

* + - 1. *Reversible Ischemic Neurological* Deficit(RIND)

Tanda dan gejala gangguan persarafan yang berlangsung dalam waktu yang lama lama. Kondisi RIND dan TIA mempunyai kesamaan, hanya saja RIND berlangsung maksimal 1 minggu (7 hari) dan kemudian pulih kembali (dalam jangka waktu 3 minggu) serta tidak meninggalkan gejala sisa. (Masriadi, 2016)

* + - 1. Stroke embolik kardiogenik

Stroke ini terjadi ketika bekuan darah dari fibrilasi atrial, trombi ventrikel, infark miokard, penyakit jantung kongesti, atau plak aterosklerosis masuk sistem sirkulasi dan menjadi tersumbat pada pembuluh serebral terlalu sempit untuk memungkinkan gerakan lebih lanjut. Pembuluh darah kemudian mengalami oklusi. Tempat yang paling sering mengalami emboli serebral adalah di bifurkasi pembuluh, terutama pada arteri serebral tengah (Lemone et al., 2016)

* + - 1. *Complete* stroke

Suatu gangguan pembuluh darah pada otak yang menyebabkan defisit neurologis yang berlangsung lebih dalam waktu 24 jam. Stroke ini akan meninggalkan gejala sisa (Masriadi, 2016)

* + - 1. *Progressive* stroke (*Stroke in Evolution*)

Gejala gangguan neurologis yang progresif dalam waktu enam jam atau lebih. Stroke jenis ini merupakan stroke dimana penentuan prognosisnya terberat dan sulit. Hal ini disebabkan kondisi pasien yang cenderung labil, berubah-ubah dan dapat mengarah ke kondisi yang lebih buruk (Masriadi, 2016) .

# Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasiendengan stroke non hemoragik adalah sebagai berikut:(Radaningtyas, 2018)

* + - 1. *Angiografi serebral*

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seprti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi / nuptur

* + - 1. *Elektro Encefalography*

Mengidentifikasi masalah didasrkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

* + - 1. *Digital Subtraction Angiography* (DSA)

Merupakan pemeriksaan gambar lumen (permukaan bagian dalam) pembuluh darah, termasuk arteri, vena dan serambi jantung. Gambar ini diperoleh dengan menggunakan mesin Sinar-X bantuan komputer yang rumit. Penggunaan DSA tidak hanya sebagai alat diagnostik namun juga sebagai alat penunjang untuk prosedur intervensi penyakit pembuluh darah seperti penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah atau penyakit kardiovaskuler seperti stoke, penyakit jantung iskemik, aneurisma dan dapat mendeteksi adanya kematian otak pada bayi baru lahir.

* + - 1. Sinar x tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi persial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.

* + - 1. *Transcranial Doppler* (TCD)

Merupakan pemeriksaan dengan alat ultrasound (menggunakan gelombang suara ultrasonik) untuk mengevaluasi aliran pembuluh darah otak. Selama pemeriksaan transcranial doppler gelombang suara dipancarkan menembus tulang kepala. Tindakan pmerikssan minim risiko (non invasif) yang menggunakan gelombang ultrasound untuk mengukur aliran darah di dalam otak.

* + - 1. *Ultrasonography Doppler*

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis /alioran darah /muncul plaque / arterosklerosis.

* + - 1. CT-Scan Kepala

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.

* + - 1. *Magnetic Resonance Imagine* (MRI)

Menunjukan adanya tekanan anormal dan biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukan, hemoragi sub arachnois / perdarahan intakranial.

* + - 1. Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran vertrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkn perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas

* + - 1. Pemeriksaan laboratorium
    1. Fungsi lumbal: tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meninggal pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi.
    2. Pemeriksaan darah rutin.
    3. Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

# Pengkajian Tingkat Keparahan Stroke Menggunakan *National Institute Health Stroke Scale* (NIHSS)

*National Institute* Health *Stroke Scale (NIHSS)* adalah alat ukur kuatitatif yang sering digunakan untuk mengukur tingkat keparahan Stroke. NIHSS adalah alat penilaian sistematis yang mengukur kuantitatif stroke yang terkait dengan defisit neurologik. NIHSS tidak hanya digunakan untuk menilai derajat defisit neurologik saja, tetapi juga untuk memfasilitasi tingkat keparahan pada pasien yang mengalami stroke iskemik akut. Pada saat ini NIHSS banyak digunakan secara rutin untuk menilai keparahan stroke pada pusat-pusat pelayanan stroke.

Terdapat 11 item dalam penilaian NIHSS meliputi: *level of consciousness, best gaze, visual field testing, facial paresis, arm and leg motor function, limb ataxia, sensory, language, dysarthria, extinction, and inattention*. NIHSS memiliki skor maksimum 42 dan skor minimum 0. Interpretasi dari NIHSS yaitu: skor >25 sangat berat, 14-25 berat, 5-14 sedang, dan < 5 ringan. Berikut merupakan intrumen NIHSS : (Media Perawat, 2021)

Tabel 2.1 *National Institute Health Stroke Scale* (NIHSS)

| No | Parameter Yang Dinilai | Skala | | Skore |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1a | Tingkat Kesadaran | 0 =  1 =  2 =  3 = | Sadar penuh  Somnolen  Stupor  Koma |  |
| 1b | Menjawab pertanyaan. Tanyakan bulan dan usia pasien. Yang dinilai adalah jawaban pertama, pemeriksa tidak diperkenankan membantu pasien dengan verbal maupun non verbal | 0 =  1 =  2 = | Benar semua (2 pertanyaan)  1 benar /ETT/ disartia  Salah semua /afasia.stupor/koma |  |
| 1c | Mengikuti perintah. Berikan 2 perintah sederhana, membuka dan menutup mata, menggenggam tangan dan melepaskannya atau perintah lain | 0 =  1 =  2 = | Mampu melakukan 2 perintah  Mampu melakukan 1 perintah  Tidak mampu melakukan perintah |  |
| 2 | *Gaze* : gerakan mada konyugat horizontal | 0 =  1 =  2 = | Normal  Abnormal pada 1 mata  Deviasi konyugat kuat atau paresis konyugat pada 2 mata |  |
| 3 | Visual : lapang pandang pada tes konfrontasi | 0 =  1 =  2 =  3 = | Tidak Ada gangguan  Kuadrianopia  Hemiaonipa total  Hemianopa bilateral .butakortial |  |
| 4 | Paresis wajah. Anjurkan pasien menyeringai atau mengangkat alis dan menutup mata | 0 =  1 =  2 =  3 = | Normal  Paresis wajah ringan (lipatan nasolabial datar, senyum asimetris)  Paresis wajah partial (paresis wajah bawaan total atau hampir total)  Paresis wajah total (paresis wajah seisi atau 2 sisi) |  |
| 5 | Motorik lengan. Anjurkan pasien mengangkat lengan hingga 40o bila tidur berbaring atau 90o bila posisi duduk. Bila pasien afasia berikan perintah menggunakan pantomine atau peragaan | 0 =  1 =  2 =  3 =  4 = | Mampu mengangkat lengan minimal 10 detik  Lengan terjatuh sebelum 10 detik  Tidak mampu mengangkat secara penuh 90o atau 45o  Tidak mampu mengangkat, hanya bergeser  Tidak ada gerakan | |
| 5a | Nilai lengan kiri |  |
| 5b | Nilai Lengan kanan |  |
| 6 | Motorik tungkai. Anjurkan pasien tidur terlentang dan mengangkat tungkai 30o | 0 =  1 =  2 =  3 =  4 = | Mampu mengangkat tungkai 30o minimal 10 detik  Tungkai jatuh ke tempat tidur pada akhir ke-5 secara perlahan  Tidak mampu mengangkat secara penuh 90o atau 45o  Tidak mampu melawan gravitasi  Tidak ada gerakan |  |
| 7 | Ataksia anggota badan menggunakan test unjuk jari hidung | 0 =  1 =  2 = | Tidak ada ataksia  Ataksia paa satu ekstremitas  Ataksia pada dua atau lebih ekstremitas |  |
| 8 | Sensorik. Lakukan test pada seluruh tubuh; tungkai, lengan, badan, dan wajah.  Pasien afasia beri nilai 1  Pasien stupor atau koma beri nilai 2 | 0 =  1 =  2 = | Normal  Gangguan sensori ringan hingga sedang. Ada gangguan sensori terhadap nyeri tetapi masih merasa bila disentuh  Gangguan sensori berat |  |
| 9 | Kemampuan berbahasa. Anjurkan pasien untuk menjelaskan suatu gambar atau membaca suatu tulisan. Bila pasien mengalami kebutaan, letakkan suatu benda di tangan dan anjurkan untuk menjelaskan benda tersebut | 0 =  1 =  2 =  3 = | Normal  Afasia ringan hingga sedang  Afasia berat  Mute, afasia global, coma |  |
| 10 | Disartia | 0 =  1 =  2 = | Normal  Disartia ringan  Disartia berat |  |
| 11 | Neglectataunatensi | 0 =  1 =  2 = | Tidak ada neglect  Tidak ada tensi pada salah satu modalitas berikut : visual tactile, auditory, spatial, or |  |

Sumber : Media perawat (2021), Budianto dkk (2020)

# Penatalaksanaan

Setyopranoto (2016) mengemukakan penatalaksanaan pada pasien stroke non hemoragik adalah sebagai berikut:

* + - 1. Pentalaksanaan umum

1. Pada fase akut
   * + 1. letakkan kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
       2. Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
       3. Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya; jika kandung kemih penuh, dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).
       4. Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonik. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastriktube.
       5. Pantau juga kadar gula darah >150mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg% dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.
       6. Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistol >220 mmHg, diastol >120 mmHg, Mean Arteri Blood Plessure (MAP) >130 mmHg (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.
       7. Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan yaitu natrium nitropusid, penyekat reseptor alfa- beta, penyekat ACE, atau antagonis kalsium.
       8. Jika terjadi hipotensi, yaitu tekanan sistol <90 mmHg, diastol <70 mmHg,diberikan NaVL 0.9% 250 ml selama 1 jam, dilanjutkan 500 ml selama 4 jam dan 500 ml selama 8 jam atau sampai tekanan hipotensi dapat teratasi. Jika belum teratasi, dapat diberikan dopamine 2-2µg/kg/menit sampai tekanan darah sistolik 110 mmHg
       9. Jika kejang, diberikan diazepam 5-20mg iv pelan-pelan selama 3 menit maksimal 100mg/hari; dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral (fenitoin, karbamazepin). Jika kejang muncul setelah 2 minggu, diberikan antikonvulsan peroral jangka panjang.
       10. Jika didapat tekanan intrakranial meningkat, diberikan manitol bolus intravena 0,25-1 g/ kgBB per 30 menit dan jika dicurigai fenomena rebound atau keadaan umum memburuk, dilanjutkan 0,25g/kgBB per 30 menit setelah 6 jam selama 3-5 hari
2. Pada fase akut
3. Pertahankan nutrisi yang adekuat.
4. Program manajemen *Bladder* dan *bowel*.
5. Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi *range of motion* (ROM).
6. Pertahankan integritas kulit.
7. Pertahankan komunikasi yang efektif.
8. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
9. Persiapan pasien pulang.
10. Pembedahan dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3cm atau volume lebih dari 50ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo peritoneal bila ada hidrosefalus obstruksi akut.
    * + 1. Pentalaksanaan umum

Terapi Farmakologi

Ditujukan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan antikoagulan, atau yang dianjurkan dengan trombolitik rt- PA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator). Dapat juga diberi agen neuroproteksi, yaitu sitikoin atau pirasetam (jika didapatkan afasia).

Terapi farmakologi yang digunakan pada pasien stroke non hemoragik yaitu:

1. *Fibrinolitik/ trombolitik (rtPA/ Recombinant Tissue Plasminogen Activator*)

Golongan obat ini digunakan sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut. Jenis obat golongan ini adalah alteplase, tenecteplase dan reteplase, namun yang tersedia di Indonesia hingga saat ini hanya alteplase. Obat ini bekerja memecah trombus dengan mengaktivasi plasminogen yang terikat pada fibrin. Efek samping yang sering terjadi adalah risiko pendarahan seperti pada intrakranial atau saluran cerna; serta angioedema. Beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa rentang waktu terbaik untuk dapat diberikan terapi fibrinolitik yang dapat memberikan manfaat perbaikan fungsional otak dan juga terhadap angka kematian adalah <3 jam dan rentang 3-4, atau 5 jam setelah onset gejala.

1. Antikoagulan Terapi antikoagulan ini untuk mengurangi pembentukkan bekuan darah dan mengurangi emboli, misalnya Heparin dan warfarin.
2. Antiplatelet Golongan obat ini sering digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet. Aspirin merupakan salah satu antiplatelet yang direkomendasikan penggunaannya untuk pasien stroke
3. Antihipertensi
4. Pasien dapat menerima rtPA namun tekanan darah >185/110 mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10-20 mg IV selama 1-2 menit, dapat diulang 1 kali atau nikardipin 5 mg/jam IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit maksimal 15 mg/jam; setelah tercapai target maka dapat disesuaikan dengan nilai tekanan darah. Apabila tekanan darah tidak tercapai <185/110 mmHg, maka jangan berikan rtPA.
5. Pasien sudah mendapat rtPA, namun tekanan darah sistolik >180-230 mmHg atau diastol >105-120 mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10 mg IV, kemudian infus IV kontinu 2-8 mg/menit atau nikardipin 5 mg/jam IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit, maksimal 15 mg/jam. Tekanan darah selama dan setelah rtPA <180/105 mmHg, monitor tiap 15 menit selama 2 jam dari dimulainya rtPA, lalu tiap 30 menit selama 6 jam dan kemudian tiap jam selama 16 jam.
   1. **Konsep Asuhan Keperawatan Pasien *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark)**

# Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Tarwoto, 2013). Hal-hal yang perlu dikaji antara lain:

* + - 1. Identitas Klien

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

* + - 1. Keluhan utama

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

* + - 1. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke 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. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif dan koma.

* + - 1. Riwayat penyakit dahulu

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

* + - 1. Riwayat penyakit keluarga

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

* + - 1. Pola Fungsi Kesehatan
      2. Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan anamnese yang mengarah pada keluhan klien pemeriksaan fisik berguna untuk mendukung data dari pengkajian anmnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara persistem mulau dari airway & breathing sampai dengan bone & integumen dengan focus pemeriksaan fisik pada neurologi, bone &integumen yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan keluhan dari klien.

1. Keadaan Umum

Umumnya mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara dan pada tanda-tanda vital tekanan darah meningkat dan denyut nadi bervariasi.

1. B1 (*Breathing*)

Inspeksi biasanya di dapatkan pasien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi secret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering di dapatkan pada pasien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

Pada pasien dengan tingkat kesadaran komposmentis, pengkajian inspeksi pernapasan tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi nafas tambahan.

1. B2 (*Blood*)

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

1. B3 (*Brain*)
2. Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran pasien dan respon terhadap lingkungan adalah indikator yang paling sensitif untuk mendeteksi disfungsi sistem persyarafan. Pada keadaan lanjut, tingkat kesadaran pasien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikamatosa. Apabila klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran dan bahan evalusi untuk pemantauan pemberian asuhan keperawatan.

1. Status Mental.

Observasi penampilan pasien, tingkah lakunya dan aktivitas motorik dimana pada pasien stroke tahap lanjut biasanya status mental mengalami perubahan.

1. Fungsi Intelektual.

Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori baik jangka panjang maupun jangka pendek.

1. Kemampuan Bahasa.

Penurunan kemampuan bahasa tergantung dari daerah lesi mana yang mempengaruhi fungsi dan serebri.

1. Pemeriksaan Saraf Kranial
2. Saraf Olfaktorius (N.I)

Tes kemampuan menentukan bau pada masing-masing lubang hidung, biasanya pada pasien stroke tidak ada keluhan pada fungsi penciuman.

1. Saraf Optikus (N.II)

Tes kemampuan lapang pandang, ketajaman penglihatan pada pasien stroke biasanya mengalami disfungsi persepsi visual.

1. Saraf Okulomotorius, trokhlearis, abdusens (N.III, IV, VI)

Tes kemampuan menggerakan bola mata, reflek cahaya, ukuran dan bentuk pupil. Paralisasi otot-otot okularis.

1. Saraf Trigeminus (N.V)

Paralisis saraf trigeminus penurunan kemampuan koordinasi gerak mengunyah.

1. Saraf Facialis (N.VII)

Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris. Otot-otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.

1. Saraf Auditorius (N.VIII)

Berfungsi dalam indera pendengaran dan menjaga keseimbangan.

1. Saraf Glosofaringeus dan Vagus (N.IX dan X)

Kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut.

1. Saraf Accecorius (N.XI)

Tidak atropi otot sternokleidomastoideus dan trapezius

1. Saraf Hipoglosus (N.XII)

Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, indra pengecapan normal.

1. Sistem Motorik Muskoleskeletal

Serta koordinasi gerak, tonus, kekuatan otot serta gerakan involunter.

1. Pemeriksaan Refleks
2. B4 (*Bladder*)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinesia urin sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan control motoric dan postural. Kadang control sfingter urin eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermitan dengan teknik steril. Inkontinensia urin yang belanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

1. B5 (Bowel)

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

1. B6 (Bone)

CVA adalah penyakit motorik neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motorik atas menyilang, gangguan control motor volunteer pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas sisi yang berlawanan dari otak. Disfusi motoric paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O2 kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan makan tugor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena pasien stoke mengalami masalah mobilitas fisik.

Adanya kesulitan untuk beraktifitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralisis atau hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktifitas dan istirahat.

* + - 1. Pemeriksaan Diagnostik

1. Angiografi serebral.

Angiografi digunakan untuk menjelaskan jenis, lokasi, dan keparahan penyakit oklusif vaskular serta untuk mengidentifikasi kelainan pada vaskular yang mengarah pada pendarah otak (essensial stroke, 2011).

1. Pungsi lumbal.

Pungsi lumbal digunakan untuk mendiagnosispendarahan subaraknoid bila CT/MRI tidak tersedia atau bisa menunjukkan hasil negatif (bila perdarahan minimal atau sudah lewatbeberapa hari); tidak adanya darah dalam cairan lumbal pungsi menyingkirkan diagnosis perdarahan subaraknoid.

1. MRA (*Magnetic Resonance Angiography*).

MRA digunakan untuk menemukan adannya penyakit oklusif berat pada arteri ekstrakranial dan arteri intrakranial yang besar.

1. EEG.

Pemeriksaan ini bertujuan untuk kecurigaan kejang namun tidak untuk mengklarifikasi subtipe atau keparahan stroke.

* + - 1. Pemeriksaan Laboratorium

1. Hitung darah lengkap untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab stroke : hematokrit lebih dari 60%, leukosit lebih dari 150.000/mm, trombosit lebih dari 1.000.000/mm atau kurang dari 20.000/mm, adanya anemia sel sabit atau hemoglobinopati lain.
2. Laju endap darah (meningkat pada tumor, infeksi, vaskulitis).
3. glukosa serum (hiperglikemia sendiri dapat memperburuk akhir kodisi akut).
4. Elektrolit
5. Profilipit dan fibrinogen
6. PT, PTT, dan INR untuk mendeteksi koagulopati dan sebagai patokan dalam terapi anti koagulasi.
7. Antibodi anti kardiolipin
8. RPR untuk neurofilis.
9. Skrining urin untuk kokain, jika terdapat kecurigaan pada pasien.
   * + 1. Pengkajian psikososiospiritual

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

# Analisa Data

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

# Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (PPNI, 2017)

Diagnosa yang akan muncul pada kasus stroke non hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI Tahun 2017 yaitu:

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme (D.0017)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia). (D.0077)
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)
4. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan ketidakmampuan menghidu dan melihat. (D.0085)
5. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. (D.0054)
6. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas. (D.0129)
7. Risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan pengelihatan (mis.ablasio retina) (D.0143)
8. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119)

Berikut adalah uraian dari diagnosa yang timbul bagi klien stroke non hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017

* + - 1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme (D.0017)
      2. Definisi

Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

* + - 1. Faktor risiko

1. Embolisme
2. Hipertensi
   * + 1. Kondisi klinis terkait
3. Stroke
   * + 1. Nyeri Akut (D.0077)
4. Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan

1. Penyebab

Agen pencedera fisiologis (iskemia)

1. Batasan Karakteristik

| **Gejala dan tanda** | **Subjektif** | **Objektif** |
| --- | --- | --- |
| Mayor | Mengeluh nyeri | 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi mengindari nyeri) 3. Gelisah, frekuensi nadi meningkat 4. Sulit tidur. |
| Minor | Tidak tersedia | 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu 3. Menarik diri 4. Berfokus pada diri sendiri dan diaforesis. |

1. Kondisi Klinis Terkait
2. Kondisi pembedahan
3. Cedera traumatis
4. Sindrom Koroner Akut
5. Glaukoma
   * + 1. Defisit Nutrisi (D.0019)
6. Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

1. Penyebab

Kurangnya asupan makanan, Ketidakmampuan menelan makanan

1. Batasan Karakteristik

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gejala dan tanda** | **Subjektif** | **Objektif** |
| Mayor | Tidak tersedia | 1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal. |
| Minor | 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/nyeri abdomen 3. Nafsu makan   menurun | 1. Bising usus hiperaktif 2. otot pengunyah lemah 3. otot menelan lemah 4. membran mukosa pucat.   . |

1. Kondisi Klinis Terkait

Stroke

* + - 1. Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)

1. Definisi

Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi

1. Penyebab
2. Gangguan Penglihatan
3. Gangguan Pendengaran
4. Gangguan penghiduan
5. Gangguan perabaan
6. Hipoksia serebral
7. Penyalahgunaan zat
8. Usia lanjut
9. Pemajanan toksin lingkungan
10. Batasan Karakteristik

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gejala dan tanda** | **Subjektif** | **Objektif** |
| Mayor | 1. Mendengar bisikan atau melihat bayangan 2. merasakan sesuatu melalui indra perabaan,penciuman, perabaan atau pengecapan | 1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat,mengecap, meraba, atau mencium sesuatu. |
| Minor | 1. Menyatakan kesal | 1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi 5. Bicara sendiri. |

1. Kondisi Klinis Terkait

Trauma pada saraf kranialis II, III, IV dan VI akibat stroke aneurisma intracarnial, trauma / tumor otak

* + - 1. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

1. Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

1. Penyebab
2. Ketidakbugaran fisik
3. Penurunan kekuatam otot
4. Gangguan neuromuskular
5. Nyeri
6. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
7. Gangguan kognitif
8. Gangguan sensori persepsi
9. Batasan Karakteristik

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gejala dan tanda** | **Subjektif** | **Objektif** |
| Mayor | 1. Mengeluh sulit menggerakan ekstremitas | 1. Tampak kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun. |
| Minor | 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak | 1. Tampak sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. fisik lemah |

1. Kondisi Klinis Terkait

Stroke

* + - 1. Gangguan Integritas Kulit / Jaringan (D.0129)

1. Definisi

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis)

1. Penyebab
2. Perubahan sirkulasi
3. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
4. Penurunan mobilitas
5. Kelembaban
6. Proses penuaan
7. Neuropati perifer
8. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan / melindungi integritas kulit
9. Batasan Karakteristik

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gejala dan tanda** | **Subjektif** | **Objektif** |
| Mayor | Tidak tersedia | 1. Kerusakan jaringan  dan/atau lapisan kulit |
| Minor | Tidak tersedia | 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. hematoma. |

1. Kondisi Klinis Terkait

Stroke

* + - 1. Risiko Jatuh (D.0143)

1. Definisi

Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh

1. Penyebab
2. Usia > 65 tahun
3. Riwayat jatuh
4. Penurunan tingkat kesadaran
5. Perubahan fungsi kognitif
6. Kekuatan otot menurun
7. Gangguan pendengaran
8. Gangguan keseimbangan
9. Gangguan penglihatan (mis. Glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)
10. Kondisi Klinis Terkait

Penyakit sebrovaskuler

* + - 1. Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

1. Definisi

Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol

1. Penyebab
2. Penurunan sirkulasi serebral
3. Gangguan neuromuskular
4. Gangguan pendengaran
5. Batasan Karakteristik

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gejala dan tanda** | **Subjektif** | **Objektif** |
| Mayor | Tidak tersedia | 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak   sesuai |
| Minor | Tidak tersedia | 1. Afasia 2. Apraksia 3. Disleksia 4. Disartria 5. Afonia 6. Dislalia 7. Pelo 8. Gagap 9. Tidak ada kontak mata 10. Sulit memahami komunikasi 11. Sulit mempertahankan komunikasi 12. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 13. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 14. Sulit menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat 15. Sulit mengungkapkan kata- kata 16. Disorientasi (orang, ruang, waktu) 17. Defisit penglihatan dan delusi. |

1. Kondisi Klinis Terkait

Stroke, peningkatan tekanan intrakranial

# Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi. ( Nurarif, 2016)

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

| **NO** | **Diagnosa** | **Tujuan dan**  **kriteria hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Embolisme **(D.0017).** | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ....  jam diharapkan perfusi serebral **(L.02014)** dapat adekuat/meningkat dengan Kriteria hasil :   1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan Intra Kranial (TIK)   Menurun   1. Tidak ada tanda tanda pasien gelisah. 2. TTV membaik | Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial **(I.06194)**   * 1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK)   2. Monitor tanda gejala peningkatan   Tekanan  intrakranial (TIK)   * 1. Monitor status pernafasan pasien   2. Monitor intake dan output cairan   3. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang   4. Berikan posisi semi fowler   5. Pertahankan suhu tubuh normal   6. Kolaborasi pemberian obat deuretik osmosis | * + - 1. Mengetahui penekanan TIK       2. Mengetahui potensial peningkatan TIK       3. Pemantauan sesak nafas atu henti nafas       4. Mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syok hipovolemik       5. Memberikan lingkungan nyaman bagi klien       6. Posisi nyaman bagi klien       7. Suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan rileks dengan suhu yang normal       8. Sebagai terapi untuk menghambat reabsorpsi air dan natrium meningkatkan osmolaritas darah dan jantung |
| 2. | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia) **(D.0077).** | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama … jam diharapkan tingkat nyeri **(L.08066)** menurun dengan Kriteria Hasil :   1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun. 5. TTV membaik | Manajemen Nyeri  **(I.08238)**   * 1. Identifikasi lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas, intensitas nyeri   2. Identifikasi skala nyeri   3. Identifikasi respon nyeri non verbal   4. Berikan posisi yang nyaman   5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya relaksasi nafas dalam)   6. Kolaborasi pemberian analgetik | 1. Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Mengetahui skala nyeri pasien 3. Mengetahui tindakan tidak nyaman nya yang dirasakan oleh klien 4. Memberikan kenyamanan pasien 5. Agar nyeri pasien tidak bertambah 6. Untuk mengurangi rasa nyeri |
| 3. | Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan **(D.0019).** | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama … jam diharapkan ststus nutrisi **(L.03030)** adekuat/membaik dengan kriteria hasil:   1. Porsi makan dihabiskan/meningkat 2. Berat badan membaik 3. Frekuensi makan membaik 4. Nafsu makan membaik 5. Bising usus membaik 6. Membran mukosa membaik | Manajemen Nutrisi  **(I.03119)**   * 1. Identifikasi status nutrisi   2. Monitor asupan makanan   3. Berikan makanan   ketika masih hangat   * 1. Ajarkan diit sesuai yang diprogramkan   2. Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit yang tepat | 1. Mengetahui terajdinya penurunan berat badan pada psien 2. Menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi 3. Untuk menarik kelinginan makan pasien 4. Untuk membuat pencegahan fokal lancar 5. Menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi |
| 4. | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular **(D.0054).** | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama … jam diharapkan mobilitas fisik **(L.05042)** klien meningkat dengan kriteria hasil:   1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kelemahan fisik menurun | Dukungan Mobilisasi  **(I.05173)**   * 1. Identifikasi adanya keluhan nyeri atau fisik lainnya   2. Identifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakkan   3. Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi   4. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan   5. Anjurkan untuk   melakukan pergerakan secara perlahan   * 1. Ajarkan mobilisasi sederhana yg bisa dilakukan seperti duduk ditempat tidur, miring kanan/kiri, dan latihan rentang gerak (ROM). | 1. Diskusikan pada keluarga pasien untuk menggunakan alat bantuan 2. Bertujuan untuk membantu aktivitas pergerakan pasien 3. Mengetahui kondisi terbaru pasien 4. Keluarga mampu secara mandiri meningkatkan mobiliasi fisik pasien 5. Pasien mampu melakukan mobilisasi sederahana secara mandiri 6. Meminimalkan atropi otot, meningaktkan sirkulasi dan mencegah terjadinya kontraktur |
| 6. | Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas **(D.0129).** | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama … jam diharapkan integritas kulit/jaringan **(L.14125)** meningkat dengan kriteria hasil :   1. Perfusi jaringan meningkat 2. Tidak ada tanda tanda infeksi 3. Kerusakan jaringan menurun 4. Kerusakan lapisan kulit 5. Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka | Perawatan integritas kulit **(I.11353)**   * 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit   2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring   3. Anjurkan   menggunakan pelembab   * 1. Anjurkan minum air yang cukup   2. Anjurkan   meningkatkan asupan nutrisi   * 1. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya. | 1. Mengetahui penyebab gangguan integritas kulit 2. Mencegah adanya resiko dekubitus 3. Untuk melindungi kulit 4. Membantu meningkatkan kebutuhan pasien cairan yang cukup 5. Mencukupi kebutuhan nutrisi pasien 6. Menjaga kesehatan kulit dan mencegah terjadinya alergi |
| 7. | Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun **(D.0143).** | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama … jam diharapkan tingkat jatuh **(L.14138)** menurun dengan kriteria hasil:   1. Klien tidak terjatuh dari tempat tidur 2. Tidak terjatuh saat dipindahkan 3. Tidak terjatuh saat duduk | Pencegahan jatuh  **(I.14540)**   * 1. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh   2. Pastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci   3. Pasang pagar pengaman tempat tidur   4. Anjurkan untuk   memanggil perawat  jika membutuhkan bantuan untuk berpindah   * 1. Anjurkan untuk berkonsentrasi menjaga keseimbangan tubuh | 1. Mengetahui apa saja faktor resiko jatuh pada klien sehingga dapat melakukan pencegahan 2. Mengetahui pencegahan cidera 3. Modifikasi lingkungan dapat menurunkan risiko jatuh pasien 4. Mengurangi resiko jatuh 5. Mengurangi resiko jatuh |
| 8. | Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral **(D.0119).** | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama … jam diharapkan komunikasi verbal **(L.13118)** meningkat dengan kriteria hasil:   1. Kemampuan bicara meningkat 2. Kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi wajah / tubuh meningkat 3. Respon prilaku pemahaman komunikasi membaik 4. Pelo menurun | Promosi komunikasi: defisit bicara **(13492)**   1. Monitor   kecepatan,tekanan, kuantitas,volume dan diksi bicara   1. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 2. Berikan dukungan psikologis kepada klien 3. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis dan bahasa isyarat/ gerakan tubuh) 4. Anjurka klien untuk bicara secara perlahan | 1. Mengetahui kecepatan tekanan dan diksi bicara  2. Meningkatkan semangat emosional perilaku dan fisik sebagai komunikasi  3. Sebagai bentuk dukungan dan memperbaiki kesalahan  4. Untuk mempermudah komunikasi  5. Sebagai pemulaan latihan dilakukan perlahan untuk mempermudah perlahan latihan bicara |

# Implementasi Keperawatan

# Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons pasien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya

# Komponen tahap implementasi antara lain (Wilkinson, 2012) :

# Tindakan keperawatan mandiri

# Tindakan keperawatan edukatif

# Tindakan keperawatan kolaboratif

# Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien asuhan keperawatan

# Evaluasi Keperawatan

# Setiadi (2012) mengemukakan dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Terdapa dua jenis evaluasi:

# Evaluasi Formatif (Proses)

# Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan

* + 1. S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia
    2. O (objektif) : Data objektif dari hasi observasi yang dilakukan oleh perawat.
    3. A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
    4. P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

# Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesi dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan yaitu: (Setiadi, 2012)

* 1. Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standart yang telah dilakukan.
  2. Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
  3. Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

# BAB 3

# TINJAUAN KASUS

Bab ini disajikan untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) di Ruang VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati pada tanggal 28 November 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 28 November 2022 jam 07.00 WIB di Ruang VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file register sebagai berikut

# Pengkajian

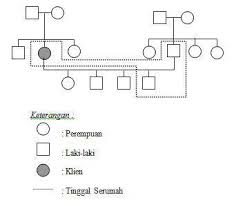
# Data Dasar

Ny.S (56 tahun), beragam islam, Jawa/Indonesia, bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga, sudah menikah mempunyai 4 orang anak. No register \*\*\*\*. Pasien dirawat dengan diagnosa medis CVA Infark. Pasien masuk pada tanggal 27 November 2022 pada pukul 10.00 WIB di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, masuk diruang perawatan Pav VII tanggal 27 November 2022 pukul 22.00 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 28 November 2022 jam 07.00 WIB.

Keluhan utama masuk RSPAL Dr. Ramelan Surabaya adalah pusing dikepala kanan saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, dengan skala 4/10, nyeri hilang timbul, kaki kanan tidak bisa digerakkan, bicara gak terbata-bata. Pasien datang ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pukul 10.00 dengan keluhan bicara agak terbata-bata sejak 1 hari yang lalu pada pukul 22.00 terjadi dirumah dengan keluhan terjadi secara mendadak, bicara bisa dimengerti, bicara pelo, mual

kelemahan pada tangan kaki kanan, air liur sering keluar melalui sudut bibir, tersedak, keluhan ini baru pertama kali. Dilakukan observasi tanda-tanda vital tekanan darah 141/70 mmHg, nadi 87 x/menit, suhu 36.2, SpO2 97%, RR 20 x/menit, GCS E4, V5, M6, EWS 0, MAP 93,6, infus 0,9%, injeksi omeprazole 40 mg IV, GDA stik 188 mg/dL, injeksi vit B1 100mg IM dan per oral serbion 500mg 1 tab. Pada tanggal 28 November 2022 dipindahkan ke Ruang VII (Saraf) pada tanggal 27 – 11 – 2022 pukul 20.00 WIB diberikan terapi injeksi apidra 14 ui/sc, terapi oral vit B1 50mg, Isosorbitdinitrat 5mg sublingual, plagtrogrix 75mg, furosemide 40mg, allopurinol 100mg. dilakukan tanda-tanda vital tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 84 x/menit, suhu 36,5, SpO2 99%, RR 20 x/menit, GCS E4, V5, M6, EWS 0, MAP 103,33. Dilakukan pengkajian pada tanggal 28 November 2022 pasien mengeluh nyeri dikepala kanan saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, dengan skala 4/10, nyeri hilang timbul, kaki kanan tidak bisa digerakkan, bicara gak terbata-bata. Dilakukan observasi tanda-tanda vital tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 96 x/menit, suhu 36.8, RR 20 x/menit, SpO2 99%, GCS E4, V5, M6, terpasang NGT no.16, folley kateter no.14, infus NS 0,9 %, terapi oral miniaspi 80mg, spironolacton 25mg 1 tab, serbion 1 tab, dan folic acid 1mg.

Hasil MRI acut cerebral infaction di corona radiate dan centrum semiovale kanan kiri, sinusitis sphenoidalis kanan dan hasil MRA kepala saat ini tidak nampak kelainan, tindakan yang diberikan adalah elevasi kepala 30°, infus NaCl 0,9%/12 jam, citicolin 500mg 3x1 drip NS 500cc, per oral folic acid 1mg 0-1-0, per oral sangobion 1-0-0, kapsul berisi curcuma 1/7tab, vit b1 50mg, vit b6 10mg, mecobalamin 500mg, vit b-complex, zinc, vit c 50mg.

****Riwayat penyakit dahulu pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi sejak tahun 2013 dan pasien tidak memiliki riwayat alergi obat maupun makanan. Silsilah keluarga Ny.S sebagai berikut :

**Foto Thorax tgl 27/11/2022**

Cor : ukuran membesar , Pulmo : tak tampak infiltrate, Kedua sinus phrenicocastalis tajam, Kedua hemidiafragma normal, Trachea di tengah

Tulang-tulang baik Kesimpulan : Cardiomegaly

MRI Kepala irisan axial 28/11/2022 hasil : Acut Cerebral Infarction di corona radiate dan centrum semiovale kanan kiri, sinusitis Sphemoidalis kanan

MRA Kepala : Tidak ada keluhan , ECG : Sinus Tachichard, ECG Hasil : Sinus Tachycardia 100/menit + RBBB + Anterior Ischemia

**Pemeriksaan Lab : 28/11/22**

Hematologi

Leukosit : 9.23 10^3/uL% (4.00-10.00), hemoglobin 8.60 g/dL (12-15, eritrosit: 3.90 10^6/uL% (3.50-5.00), hematokrit : 31,60 % (37,0 – 47,0), trombosit : 344 10^3/uL% (150-450)

Kimia klinik = Trigliserida : 78 mg/dL (70 – 140), Kolesterol LDL 63 mg/dL < 130, Glukosa darah puasa, 94 mg/dL (70 – 90,. Asam Urat 5,9 mg/dL (2-7), Natrium (Na) 136.8 mEq/dL (135-147), kalium 4,14 Mmol/L (95-105), chlorida : 99 mEq/dL (95 – 105)

Hematologi : Serum Iron (S I) 29,7 ug/dL (45-158) Total Iron Binding Capacity-TIBC 216 ug/dL (250 – 460)

Fungsi ginjal : Kreatin 2,73 mg/dL (0,6 – 1,5), BUN 35 mg/Dl (10-24)

Terapi tx

dr Tanto SpJP : ISDN 3x1, miniapsi 80 mg 0-1-0, platogrix 75 mg, 1-0-0, concor 1,25 mg 0-0-1, Furosemide 40 mg ½ - 0 – 0, Atorvastatin 20 mg 0-0-1, Allopurinol 100 mg 2x 1, spironolacton 25 mg 0-1-0

dr Purwato Sp S: Inf Ns 8tpm, Folic Acid 1mg 0-1-0, Inj. Citicholine 500mg drip NS 500cc 3x1, Susp Lactulosa 1x cth, Curcuma 1/7,5tab Vit b1 50mg, Vit b6 10mg, Mecobalamin 500mcg , Vit B-complex Zinc Vit C 50mg. Tx dr.Ivan Sp.PD : Injeksi Apidra 3x4ui Injeksi lantus

# Pemeriksaan Fisik

1. *B1 (Breathing)*

Bentuk dada normochest, pergerakan simetris, tidak ada otot bantu nafas tambahan, irama nafas regular, pola nafas eupnea, suara nafas vesikuler, SpO2 99% .

1. *B2 (Blood) / Circulation*

Perdarahan tidak ada, Ictus Cordis teraba pada ICS 4 – 5 mid clavicula sinistra, Irama jantung reguler, tidak ada nyeri dada, CRT < 2 detik, Akral : hangat, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, bunyi jantung : S1 S2 tunggal, nadi 87 x/menit, tekanan darah 141/70 mmHg MAP 93,6.

1. *B3 (Brain) / Persyarafan*

GCS 456, Eye 4, Verbal, 5, motorik 6 total : 15

Reflek fisiologis triceps (+/+)patela (+/+) achilles (+/+)

Refleks patologis :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| kaku kuduk (-) | brudziynki I (-) | babinzky II (-) kerniks (+) |

# Pemeriksaan kranial Saraf Glosofaringeus dan Vagus (N.IX dan X) : Kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut, Paralisis saraf trigeminus penurunan kemampuan koordinasi gerak mengunyah

Kepala, bulat simetris, ada nyeri kepala, ada paralisis ekstremitas dextra, Bentuk hidung simetris, Septum terletak di tengah, tidak ada polip

Mata simetris, Pupil isokor Reflex cahaya : +/+, Konjungtiva : ananemis Sklera : tidak ikterik, Lapang pandang : luas Telinga simetris, bersih, ada kelulitan menelan dan berbicara dengan kalimat tidak jelas

1. *B4 (Bladder)*

Tidak ada gangguan pada eliminiasi, tidak ada distensi dan retensi pada kandung kemih, pasien terpasing cateter, tidak ada nyeri tekan, BAK sebelum masuk rumah sakit 7 kali/perhari dengan jumlah urine kurang lebih 1500cc/hari, Setelah MRS 8 kali/perhari jumlah urine kurang lebih 1800cc/hari dengan warna urine kuning.

1. *B5 (Bowel) / pencernaan*

Mulut tampak bersih, mukosa mulut lembab, tidak ada kelainan faring, bentuk perut peristaltik 5 – 35 x / menit, gerakan perut sesuai aktifitas pernafasan, peristaltik usus 16x/menit, tidak ada nyeri abdomen, tidak ada pembesaran hepar, mulut nampak tidak bersih, tidak ada gigi palsu. Sebelum masuk rumah sakit, frekuensi makan 3x/hari 1 porsi habis. Tidak ada nyeri abdomen Tidak ada masalah keperawatan

1. *B6 (Bone)* (Muskuloskeletal & Integumen)

Rambut dan kulit kepala tampak bersih, kulit kuning langsat, kuku tidak ada patikie, turgor kulit elastis, ROM terbatas, tidak ada fraktur, ada odema di kedua kaki pasien yang terasa sedikit berat

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kekuatan otot : | 0000 | 4444 |
|  | 0000 | 4444 |

Pola Fungsi Kesehatan :

1. Sosial Produksi

Menstruasi terakhir idak terkaji, menstruasi : tidak terkaji, pap smear : tidak terkaji, pemeriksaan payudara/testis sendiri tiap bulan : testis tidak membesar

Tidak ada masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit

1. Personal Hygiene

Mandi SMRS 2x/hari dengan sabun mandi, Mandi MRS : hanya diseka setiap pagi, Keramas SMRS : 2x/seminggu dengan shampoo, Keramas : belum mencuci rambut, pasien mengganti pakaian setelah mandi, 1x/hari pagi hari Menyikat gigi : 1x setiap pagi, 1 minggu sekali saat ini pasien belum memotong kuku

1. Istirahat dan tidur

Istirahat tidur SMRS : 21.00 – 04.30 WIB

Jam tidur malam MRS : 21.00 – 04.30 WIB

Jam tidur siang MRS : 13.00 – 15.00

Juml ah 8 jam /hari

masalah : keperawatan

1. Kognitif Perseptual-Psiko-Sosio-Spiritual
2. Gambaran diri : Pasien mengatakan keadaan sekarang membutuhkan perawatan hingga bisa melakukan aktivitas dengan baik
3. Identitas diri : Pasien mengatakan berjenis kelamin perempuan dan berumur 56 tahun
4. Peran diri : Pasien adalah seorang ibu yang mempunyai 2 anak
5. Ideal diri : Pasien yakin bisa sembuh dan beraktivitas kembali
6. Harga diri : Pasien mengatakan tidak merasa malu dengan penyakit yang di alami saat ini.

Kemampuan berbicara :baik, Bahasa sehari-hari : jawa dan Indonesia

Kemampuan adaptasi terhadap masalah : pasien mampu beradaptasi terhadap masalah dengan baik

Ansietas : pasien tidak cemas

Aktivitas sehari-hari : selama di rumah sakit pasien berbaring dan mencoba bergerak dengan mayoritas menggunakan ekstremitas kiri

# Pengkajian

1). Oksigenasi

Fungsi pernapasan baik 20 x/menit, tidak ada sesak, suara paru vesikuler, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ronchi/wheezing, bentuk dada normochest, pergerakan simetris, tidak ada otot bantu nafas tambahan, irama nafas regular, pola nafas eupnea, suara nafas vesikuler, SpO2 99%, tekanan darah 130/90 mmHg, bunyi jantung S1-S2 tunggal, gallop tidak ada, murmur tidak ada, JVP 5-2 mmHg, CRT < 3 detik, tidak ada sianosis, kesadaran compos mentis, GCS E4 V5 M6.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2). Nutrisi

Diit makanan susu cair 3x650cc, susu diberikan 3x650cc, melalui NGT, mual muntah tidak ada, mulut bersih, adanya air liur di sekitar mulut, bising usus 14x/menit distensi abdomen tidak ada. Hasil laborat Hb 8.60 g/dL, trigleserida 78 mg/dL, LDL 63 mg/dL, glukosa puasa 194 mg/dL.

Masalah Keperawatan : Resiko Aspirasi

3). Eliminasi

Eliminasi urin terpasang kateter menetap pada hari pertama dirawat sampai sekarang, warna urine kuning jernih tidak keruh, tidak ada hematuri aliran lancar, tidak ada sumbatan. Eliminasi alvi BAB (+) terakhir tanggal 26 November 2022 dirumah, tidak teraba massa di abdomen bawah, bising usus baik 14 x/menit. Tidak ada gangguan pada eliminiasi, tidak ada distensi dan retensi pada kandung kemih, pasien terpasing cateter, tidak ada nyeri tekan, BAK sebelum masuk rumah sakit 7 kali/perhari dengan jumlah urine kurang lebih 1500cc/hari, Setelah MRS 8 kali/perhari jumlah urine kurang lebih 1800cc/hari dengan warna urine kuning.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4). Aktifitas dan istirahat

Keadaan umum baik, aktifitas dilakukan di tempat tidur, dibantu oleh perawat dan keluarga, mengeluh nyeri kepala, pasien lebih banyak tidak dan memejamkan mata.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kekuatan otot : | 0000 | 4444 |
|  | 0000 | 4444 |

Istirahat tidur SMRS : 21.00 – 04.30 WIB

Jam tidur malam MRS :21.00 – 06.00

Jam tidur siang MRS : 13.00 – 15.00

Masalah Keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik

5). Proteksi

Rambut dan kulit kepala tampak bersih, kulit kuning langsat, kuku tidak ada patikie, turgor kulit elastis, ROM terbatas, tidak ada fraktur, ada odema di kedua kaki pasien yang terasa sedikit berat, tidak terdapat lecet pada kaki dan tangan.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

6). Sensori

Tidak ada baal mata rasa, adanya gangguan pengelihatan kabur, pandangan double, adanya gangguan lapang pandang.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

7). Cairan dan Elektrolit

Terpasang infus NaCl 0,9% 500/12jam, Mulut tampak bersih, mukosa mulut lembab, tidak ada kelainan faring, bentuk perut peristaltik 5 – 35 x / menit, gerakan perut sesuai aktifitas pernafasan, peristaltik usus 16x/menit, tidak ada nyeri abdomen, tidak ada pembesaran hepar, mulut nampak tidak bersih, tidak ada gigi palsu. Sebelum masuk rumah sakit, frekuensi makan 3x/hari 1 porsi habis. Tidak ada nyeri abdomen. Hasil lab tanggal 28 November 2022 natrium 136.8 mg/dL, kalium 4.14 mmol/L, clorida 99 mEq/dL, trigliserida 78 mg/dL, kolesterol LDL 63 mg/dL.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

8). Fungsi Persyarafan

GCS 456, Eye 4, Verbal, 5, motorik 6 total : 15

Reflek fisiologis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| triceps (+/+) | patela (+/+) | achilles (+/+). |

Refleks patologis :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| kaku kuduk (-) | brudziynki I (-) | babinzky II (-) kerniks (+) |

Saat dilakuakan pengkajian persyarafan didapatkan kelemahan fisik pada anggota tubuh lengan dan kaki kanan

# Nervus kranial I (Olfaktorius) : Pasien mampu membedakan bau minyak wangi dan bau teh

# Nervus kranial II (Optikus) : Pasien pengelihatan kabur

# Nervus kranial III (Okolomotorius) : Pasien mampu menggerakan mata ke kanan dan ke kiri

# Nervus kranial IV (Trokhlearis) : Pasien mampu menggerakan bola mata ke kanan dan ke kiri

# Nervus kranial V (Abdusens) : Pasien sedikit sukar untuk mengunyah dan kesulitan menelan

# Nervus kranial VI (Trigeminus) : Pasien tidak dapat menggerakkan mata kesamping

# Nervus kranial VII (Facialis) : Pasien terdapat gangguan saat bicara pelo

# Motorik : Pasien kesulitan dalam tersenyum dan mengerutkan dahi

# Nervus kranial VIII (Auditorius) : Pasien mampu mendengar dengan baik.

# Nervus kranial IX (Glosofaringus) : Pasien terdapat kesulitan menelan

# Nervus kranial X (Vagus) : Pasien terpasang NGT dan diit cair susu 3x650 cc

# Nervus kranial XI (Accecorius) : Pasien tidak mampu kesulitan menggerakkan anggota badan sebelah kanan kaki dan tangan

# Nervus kranial XII (Hipoglosus) : Respon lidah tidak baik, pasien tidak bisa menggerakkan lidah dari sisi yang satu yang lain terdepat kesulitan menelan

Hasil MRI acut cerebral infaction di corona radiate dan centrum semiovale kanan kiri, sinusitis sphenoidalis kanan dan hasil MRA kepala saat ini tidak nampak kelainan.

Masalah Keperawatan : Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial dan Gangguan Komunikasi Verbal

9). Fungsi Endokrin

Ditemukan tanda-tanda diabetes, banyak kencing, tidak ditemukan rasa haus berlebihan pasien terpasang NGT, GDA stik 188 mg/dL, mendapatkan terapi insulin apidra 3x4ui dan lantus 0-0-10 ui subcutan.

* 1. Pengkajian konsep diri

Pasien mengatakan keadaan sekarang membutuhkan perawatan hingga bisa melakukan aktivitas dengan baik, merasa resah dengan keadaannya saat ini, tidak dapat menerima keadaannya, pasien kooperatif selama menjalani perawatan, pasien ingin cepat sembuh, dan selalu berdoa dengan keyakinan agama islam

* 1. Pengkajian fungsi peran

Sebelum kejadian pasien seorang Ibu Rumah Tangga. Pasien saat ini tidak bisa melakukan pekerjaan rumah tangga dirumah karena harus menjalani perawatan di rumah sakit, peran sebagai ibu tidak bisa mengasuh cucunya.

* 1. Adaptasi interdependensi

Pasien mendapatkan dukungan dari anak dan cucunya, keluarga bergantian menunggunya setelah pulang kerja, suami pasien selalu memperhatikan keadaannya dan memenuhi kebutuhan. Keluarga terlibat dan berperan aktif dalam proses perawatan dan kooperatif. Hubungan dengan perawat dan pasien lainnya juga baik.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

10). Personal Hygiene

Mandi SMRS 2x/hari dengan sabun mandi, mandi MRS hanya diseka setiap pagi, keramas SMRS 2x/seminggu dengan shampoo, setelah MRS keramas belum mencuci rambut, ganti pakaian pasien mengganti pakaian setelah mandi, ganti pakaian pasien ganti baju setelah mandi, menyikat gigi 1x/hari pagi hari, menyikat gigi 1x setiap pagi kuku 1 minggu sekali, memotong kuku pasien belum memotong kuku, tidak mampu mandi secara mandiri, tidak mau diseka.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

# Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data

| **NO** | **DATA** | **ETIOLOGI** | **PROBLEM** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Ds :  Pasien mengeluh eksremitas kanan (tangan dan kaki) tidak bisa digerakkan.  Do :   1. Kesadaran compos mentis 2. Pasien tampak pusing 3. Kekuatan lengan dan kaki kanan menurun.   0000 4444  0000 4444   1. Hasil MRI Kepala Acut Cerebral Infraction di corona radiate dan centrum semiovale kanan kiri. Sinus Sphenoidalis kanan 2. K/U : lemah 3. Pemeriksaan tanda-tanda vital 4. T : 140/90 mmHg 5. S : 36,8ºC 6. Frekuensi nafas: 20x/menit 7. Frekuensi nadi: 96x/ menit 8. GCS : 456 | Stroke iskemik | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial  (PPNI, 2016) |
| 2. | DS:   * Anak pasien mengatakan Ny. S sulit menggerakan ektremitas kaki dan tangan sebelah kanan   DO:   * 1. Kekuatan otot menurun   0000 4444  0000 4444   1. Rentang gerak ROM menurun 2. Gerakan terbatas 3. Pasien tampak lemah 4. Sendi kaku | Penurunan kekuatan otot | Gangguan Mobilitas Fisik  (SDKI, D.0054, hal 124) |
| 3. | DS:   * Anak pasien mengatakan Ny. S saat berbicara tidak jelas   DO:   * 1. Pasien tampak tidak mampu berbicara dengan jelas   2. Pasien tampak pelo   3. Pasien sulit menyusun kalimat   4. Pasien tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh   5. Pasien sulit memahami komunikasi   6. GCS 456, keadaan umum lemah   7. Kesadaran compos mentis | Gangguan Neuromuskuler (CVA Infark) | Gangguan Komunikasi Verbal  (SDKI, D.0119, hal 264) |
| 4. | DS :   * Pasien mengeluh tidak mau diseka dan mengatakan dingin   DO :   1. Pasien tidak mampu mandi secara mandiri 2. Minat pasien melakukan prawatan diri kurang 3. Pasien merasa terganggu saat dilakukan perawatan diri 4. Pasien tidak mau diseka | Gangguan Neuromukuler | Defisit Perawatan Diri  (SDKI, D.0109, hal 240) |
| 5. | DS :   * Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu mengingat peristiwa yang pernah dilakukan   DO :   * 1. Pasien nampak diam   2. Pasien tidak mampu melakukan yang dipelajari sebelumnya   3. GCS 456 keadaan lemah   4. Pasien nampak bingung saat ditanya dan tidak menjawab | Gangguan sirkualasi ke otak | Gangguan Memori  (SDKI, D.0062, hal 140) |
| 6. | Faktor resiko   * 1. Gangguan menelan   2. Disfagia   3. Kerusakan mobilitas fisik   4. Terpasang NGT |  | Resiko Aspirasi  (SDKI, D.0006) |

# Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian pasien didapatkan diagnosa keperawatan prioritas, yaitu : (SDKI, 2017)

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (SDKI D.0066 hal. 149)
2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot (SDKI, D.0054, hal 124)
3. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler (CVA Infark) (SDKI, D.0119, hal 264)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa | Tanggal | | Paraf |
| Ditemukan | Teratasi |
| 1 | Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan stroke iskemik | 28 November 2022 | 30 November 2022 | *Riska* |
| 2 | Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot | 28 November 2022 | 30 November 2022 | *Riska* |
| 3 | Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler | 28 November 2022 | 30 November 2022 | *Riska* |

# Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

| **NO** | **DIAGNOSA** | **TUJUAN** | **INTERVENSI** | **RASIONALISASI** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan stroke iskemik (SDKI D.0066 hal. 149). | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka Kapasitas Adaptif Intrakranial meningkat, dengan kriteria hasil:   * Tingkat kesadaran kognitif naik skala 5. * Sakit kepala menurun skala 5. * Tekanan intrakranial membaik skala 5 * Tekanan darah membaik skala 5 dengan hasil :   Sistolik 95-135 mmHg  Diastolik 60-80 mmHg  (SLKI, L.06049 hal. 35). | Manajemen Pemantauan Tekanan Intrakranial  *Observasi*   1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK misal edema serebral, peningkatan tekanan vena 2. Monitor peningkatan Tekanan Darah 3. Monitor pelebaran tekanan nadi 4. Monitor tekanan perfusi serebral   *Terapeutik*   1. Ambil sampel drainase cairan serebrospnal. 2. Pertahankan sterilisasi sistem pemantauan 3. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien. 4. Dokumentasikan hasil pemantauan   *Edukasi*   1. Jelaskan dan tujuan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan   *Kolaborasi*   1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti kovulsan jika perlu   (SIKI, Pemantauan Intrakarnial, I.06198 hal. 249). | *Observasi*   1. Mengetahui penyebab peningkatan TIK misal edema serebral, peningkatan tekanan vena 2. Mengetahui perkembangan peningkatan TD 3. Mengetahui pelebaran tekanan nadi 4. Mengetahui potensial peningkatan TIK   *Terapeutik*   1. Mengetahui drainase cairan serebrospnal. 2. Mengetahui terilisasi sistem pemantauan 3. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien. 4. Mengetahui pemantauan peningkatan intrakranial   *Edukasi*   1. Mengetahui tujuan prosedur pemantauan 2. Mengetahui hasil pemantauan   *Kolaborasi*   1. Sebagai terapi anti kejang |
| 2. | Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Mobilitas Fisik meningkat dengan kriteria hasil:   * Pergerakan ekstremitas meningkat skala 5 * Kekuatan otot meningkat skala 5   0000  5555  0000  5555   * Rentang gerak (ROM) meningkat * Gerakan terbatas menurun skala 5 * Kaku sendi menurun skla 5 * Gerakan terbatas menurun skala 5 * Kelemahan fisik menurun skala 5   (SLKI, L.05042, hal 65) | Dukungan Mobilisasi  *Observasi*   1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi   *Terapeutik*   1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan   *Edukasi*   1. Ajarkan mobilisasi sederhana untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 2. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi   (SIKI, Dukungan Mobilisasi, I.05173, hal 30) | *Observasi*   1. Mengetahui nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengetahui toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilisasi   *Terapeutik*   1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan   *Edukasi*   1. membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 2. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi |
| 3. | Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler (CVA Infark) | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Komunikasi Verbal meningkat dengan kriteria hasil:   * Kemampuan berbicara meningkat skala 5 * Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat skla 5 * Kontak mata meningkat skala 5 * Pelo menurun skala 5 * Respons perilaku membaik * Pemahaman komunikasi membaik   (SLKI, L.13118, hal 49) | *Observasi*   1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara, memori, pendengaran dan bahasa 3. Monitor frustasi, marah, depresi, atau hal lain yang menggangu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi   *Terapeutik*   1. Gunakan metode komunikasi alternatif 2. Ulangi apa yang disampaikan pasien 3. Berikan Dukungan Psikologis 4. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan   *Edukasi*   1. Anjurkan berbicara perlahan 2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis   *Kolaborasi*   1. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis   (SIKI, Promosi Komunikasi Defisit Bicara, I.13492, hal 373) | *Observasi*   1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara, memori, pendengaran dan bahasa 3. Mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 4. Mengetahui perilaku emosional dan fisik bentuk komunikasi   *Terapeutik*   1. Gunakan metode komunikasi alternatif 2. Mengulangi apa yang disampaikan pasien 3. Berikan Dukungan Psikologis 4. Memberikan kenyamanan untuk meminimalkan bantuan   *Edukasi*   1. berbicara perlahan 2. pasien dan keluarga memahami proses kognitif, anatomis   *Kolaborasi*   1. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis untuk tindakan lebih lanjut |

# Implementasi Keperawatan dan Evaluasi

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi

| **No** | **Hari/Tgl** | **Implementasi** | **Paraf** | **Hari/Tgl** | **No** | **Evaluasi Formatif SOAPIE** | **Paraf** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dx** | **Jam** | **Jam** | **Dx** | **/ Catatan Perkembangan** |
| 1,2,3  1,2,3  1  1  1  1,2,3  1,2,3  1  1,2,3  1,2,3 | **Selasa, 28 November** 2022  07.30  08.00  09.45  10.15  10.30  11.00  12.00  12.10  13.00  13.10 | **Dinas Pagi**  BHSP dengan pasien dan keluarga pasien, mengucapkan salam dan memperkenalkan diri. Respon : keluarga pasien kooperatif  Melakukan pengkajian observasi tanda-tanda vital hasil :   1. a. T: 140/90 mmHg 2. b. Suhu: 36.8 ºC 3. c. Frekuensi nadi : 96 x/menit 4. d. Frekuensi nafas : 20 x/menit 5. e.SPO2: 98 % 6. f. GCS: 4 5 6 7. g. Keadaan umum pasien compos mentis   Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya menjaga ketenangan pasien dengan membatasi pengunjung.  Respon : keluarga mengatakan bahwa berkunjung hanya bergiliran setiap masuk hanya 1 orang.  Memberikan injeksi citicoline Iv 500 mg. Fungsi injeksi citicolin : Memperbaiki sirkulasi darah ke otak, pasien tidak ada respon alergi  Melakukan Pengkajian Observasi tanda-tanda vital: hasil :   1. a. T: 140/100 mmHg 2. b. Suhu: 37 ºC 3. c. Frekuensi nadi : 85 x/menit 4. d. Frekuensi nafas : 20 x/menit 5. e.SPO2: 98 % 6. f. GCS: 4 5 6 7. g. Pasien compos mentis   Memberikan posisi kepala lebih tinggi 15-30º.Respon : pasien tampak lebih rileks  Menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup  Membantu memberi obat oral allopurinol tablet 100mg, ISDN tablet 3x1, folic acid 1mg, codein 10mg, kapsul vitamin curcuma tablet 3x1 pada pasien allopurinol tablet berfungsi untuk menurunkan tekanan darah tinggi. Hasil : pasien sudah meminum obat dibantu oleh keluarga dan tidak ada respon alergi  Memberikan injeksi subcutan apidra 4ui sebelum makan. Respon : pasien bersedia injeksi guna menstabilkan kadar gula  Mengobservasi tanda tanda vital dan GCS pasien.  Hasil :  a. T: 130/100 mmHg  b. Suhu: 37 ºC  c. Frekuensi nadi : 98 x/menit  d. Frekuensi nafas : 20 x/menit  e. SPO2: 98 %  f. GCS: 4 5 6 | *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska* | 14.00 | 1 | **Dinas Pagi**  S : Pasien mengeluh ekstremitas kanan (tangan dan kaki) tidak bisa digerakkan  O :   1. Pasien tampak kesadaran compos mentis 2. Pasien mengalami hemiparase dextra 3. Kekuatan lengan dan kaki menurun   0000 4444  0000 4444   1. Hasil MRI Kepala Acut Cerebral Infraction di corona radiate dan centrum semiovale kanan kiri. Sinus Sphenoidalis kanan 2. K/U : lemah 3. Pemeriksaan observasi tanda-tanda vital hasil :   a. T: 140/90 mmHg  b. Suhu: 36.8 ºC  c. Frekuensi nadi : 96 x/menit  d. Frekuensi nafas : 20 x/menit  e.SPO2: 98 %  f. GCS: 4 5 6  A : Masalah belum teratasi  P :  Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, yaitu :   1. Observasi monitor tanda dan gejala peningkatan TIK. 2. Posisikan pasien pada posisi semi fowler, naikan bed pasien 20-30°. 3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang pada pasien. 4. Menganjurkan pasien untuk tidak mengejan. 5. Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya menjaga ketenangan pasien dengan membatasi pengunjung. 6. Kolaborasikan untuk pemberian citicolin 3x500mg. | *Riska* |
| 2,3  1,2,3  2  1,2,3  2 | 15.00  16.00  18.00  18.05  18.20 | **Dinas Sore**  Membantu menyeka pasien. Saat menyeka pasien juga dilakukan miring kanan miring kiri.  Respon pasien mengeluh sakit saat kaki kanan ditekuk  Menganjurkan pasien untuk istirahat dengan cukup. Pasien nampak gelisah  Melakukan ROM pada pasien setiap 2 jam. Respon : pasien mengeluh sakit saat dilakukan ROM bagian kaki kanan.  Memberikan obat per oral allopurinol tablet 100mg, kapsul vitamin, codein 10mg, injeksi apidra sebelum makan 4ui, dan injeksi subcutan sesudah makan lantus 10ui. Respon : tidak ada alergi terhadap obat dan pasien bersedia minum obat  Mengubah posisi pasien setiap 2 jam. Menguba posisi pasien miring kanan, dengan diganjal bantal di belakang pasien. Respon : pasien tampak gelisah dan kembali ke posisi semula | *Riska*  *Riska*  *Riska* | 21.00 | 2 | **Dinas Sore**  S : Anak pasien mengatakan Ny.S sulit menggerakkan ekstremitas kaki dan tangan sebelah kanan  O :   1. Kekuatan otot menurun   0000 4444  0000 4444   1. ROM dan gerakan terbatas Pasien tampak lemah   A:  Masalah belum teratasi.  P :  Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, yaitu :   1. Observasi adanya nyei atau keluhan fisik lainnya pada pasien 2. Ubah posisi pasien setiap 2 jam. 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien latihan ROM pasif dan aktif 4. Berikan edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien dan keluarga. 5. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif dan ambulasi pasien | *Riska* |
| 3  3  3  3 | 15.00  16.00  17.30  19.00 | **Dinas Sore**  Membantu menyeka pasien. Saat menyeka pasien juga dilakukan miring kanan miring kiri. Respon pasien mengeluh sakit saat kaki kanan ditekuk  Menganjurkan pasien untuk istirahat dengan cukup. Pasien nampak gelisah  Menganjurkan keluarga pasien untuk mengajak ngobrol apabila ada jadwal menjenguk.  Respon : pasien tampak compos mentis  Melatih pasien bicara. Menanyai nama pasien, nama istri, dan jumlah anak. Respon : pasien menjawab pertanyaan dengan benar namun bicaranya tidak jelas | *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska* | 21.00 | 3 | **Dinas Sore**  S : Anak pasien mengatakan jika Ny.S saat berbicara tidak jelas  O :   1. Pasien tampak tidak mampu berbicara dengan jelas 2. Pasien afasia dan disatria 3. Pasien sulit memahami komunikasi   A :  Masalah belum teratasi  P :  Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, yaitu :   1. Observasi pasien secara ketat agar dapat mengetahui isyarat kebutuhan dan keinginan seperti isyarat, menunjuk objek, melihat suatu benda, dan pantonim. 2. Pantau dan catat perubahan pola bicara dan tingkat orientasi pasien. 3. Dukung upaya pasien dalam komunikasi dan berilah penguatan positif. 4. Ulang dan katakan pertanyaan degan kalimat lain bila perlu. 5. Berikan dukungan psikologis pada pasien 6. Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara 7. Kolaborasi dengan rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis | *Riska* |
| 1,2,3  1,2,3  1,2,3  1  1,3  1,2,3  1,2,3 | 21.00  05.00  05.30  05.40  06.00  06.15  07.00 | **Dinas Malam**  Memberikan minum pada pasien. Pasien minum sebanyak 2 kali tegukan  Membantu menyeka pasien. Saat menyeka pasien juga dilakukan miring kanan miring kiri. Respon pasien mengeluh sakit saat kaki kanan ditekuk  Membantu posisi pasien semi fowler. Pasien tampak lebih rileks namun memegangi kepala.  Injeksi citicoline Iv 500 mg. Fungsi injeksi citicolin : Memperbaiki sirkulasi darah ke otak, pasien tidak ada respon alergi  Membantu pasien miring kanan dan kiri. Respon : pasien mengerang dan bicara tidak jelas.  Memberikan obat oral allopurinol 100, spirolacton 25 mg , furosemid 40 mg, codein 10 mg, kapsul curcuma. Berfungsi untuk menurunkan tekanan darah tinggi. Memberikan injeksi citicolin 3x500 mg dan injeksi apidra subcutan 4ui sebelum makan. Respon : pasien sudah diberi minum obat oral dan tidak ada respon alergi  Mengobservasi Tanda-tanda vital pasien. Hasil   1. T: 120/80 mmHg 2. Suhu: 37 ºC 3. Frekuensi nadi : 90 x/menit 4. Frekuensi nafas : 20 x/menit 5. SPO2: 98 % 6. GCS: 456 | *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska* | Rabu, 29 November 2022  07.00 | 1 | **Dinas Malam**  S : Pasien mengeluh ekstermitas kanan (tangan dan kaki) tidak bisa digerakkan  O :   1. Pasien tampak segar   T: 120/80 mmHg  Suhu: 37 ºC  Frekuensi nadi : 90 x/menit  Frekuensi nafas : 20 x/menit  SPO2: 98 %  GCS: 456  A:  Masalah belum teratasi  P:  Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6, yaitu :   1. Observasi monitor tanda dan gejala peningkatan TIK. 2. Posisikan pasien pada posisi semi fowler, naikan bed pasien 20-30°. 3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang pada pasien. 4. Menganjurkan pasien untuk tidak mengejan 5. Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya menjaga ketenangan pasien dengan membatasi pengunjung. 6. Kolaborasikan untuk pemberian citicolin 3x500mg. | *Riska* |
| 2  2  2  2 | 04.30  05.20  05.30 | **Dinas Malam**  Membantu posisi pasien semifowler. Pasien tampak lebih rileks namun memegangi kepala  Melakukan ROM pada pasien setiap 2 jam. Respon : saat dilakukan ROM pasien mengeluh sakit di kaki bagian kanan  Membantu pasien miring kanan dan kiri. Respon : pasien mengerang dan bicara tidak jelas.  Menganjurkan pasien istirahat. Respon : pasien gelisah dan bicara tidak jelas | *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska* | 07.00 | 2 | **Dinas Malam**  S:  pasien mengatakan ekstremitas tubuh bagian kanan masih belum bisa digerakkan.  O:  a) Observasi kekuatan otot  0000 4444  0000 4444   1. Kelemahan di esktrimitas bagian kanan (hemiparase dextra). 2. GCS: 4 5 6 3. Pasien tampak gelisah   A:  Masalah belum teratasi.  P:  Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, yaitu :   1. Observasi adanya nyei atau keluhan fisik lainnya pada pasien 2. Ubah posisi pasien setiap 2 jam. 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien latihan ROM pasif dan aktif 4. Berikan edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien dan keluarga. 5. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif dan ambulasi pasien | *Riska* |
| 3  3 | 21.05  06.30 | **Dinas malam**  Menganjurkan pasien agar segera beristirahat. Respon : pasien gelisah dan bicara tidak jelas  Menganjurkan keluarga pasien untuk mengajak pasien berkomunikasi. Respon : keluarga pasien mengajak pasien mengaji, seperti kebiasaanya dirumah. Pasien mampu mengaji namun tidak jelas | *Riska*  *Riska* | **Rabu, 29 November 2022**  07.00 | 3 | **Dinas malam**  Dx.3  S :   1. Keluarga mengatakan bahwa pasien diajak komunikasi masih susah karena bicara pasien tidak jelas.   O :   1. Pasien tampak berbicara tidak jelas. 2. Pasien tampak brusaha untuk berkomunikasi tampak gelisah   A :  Masalah belum teratasi  P :  intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, yaitu :   1. Observasi pasien secara ketat agar dapat mengetahui isyarat kebutuhan dan keinginan seperti isyarat, menunjuk objek, melihat suatu benda, dan pantonim. 2. Pantau dan catat perubahan pola bicara dan tingkat orientasi pasien. 3. Dukung upaya pasien dalam komunikasi dan berilah penguatan positif. 4. Ulang dan katakan pertanyaan degan kalimat lain bila perlu. 5. Berikan dukungan psikologis pada pasien 6. Tinjau ulang hasil diagnostik pasien. 7. Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara 8. Kolaborasi dengan rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis | *Riska* |
| 1  1  1  1  1  1,2,3 | **Kamis, 30**  **November** 2022  09.00  10.00  11.00  12.00  12.30 | **Dinas pagi**  Observasi tanda-tanda vital:  hasil   1. a. T: 150/110 mmHg 2. b. Suhu: 37 ºC 3. c. Frekuensi nadi : 85 x/menit 4. d. Frekuensi nafas : 20 x/menit 5. e.SPO2: 98 % 6. f. GCS: 4 5 6 7. g. Pasien compos mentis   Injeksi citicoline Iv 500 mg.  Fungsi injeksi citicolin : Memperbaiki sirkulasi darah ke otak, pasien tidak ada respon alergi  Memberikan posisi kepala lebih tinggi 15-30º.Respon : pasien tampak lebih rileks  Menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup. Pasien tampak rileks  Membantu memberi obat oral allopurinol tablet 100mg dan curcuma tablet 3x1 pada pasien allopurinol tablet berfungsi untuk menurunkan tekanan darah tinggi. Memberikan injeksi citicolin 3x500mg  Hasil : pasien sudah meminum obat dibantu oleh keluarga dan tidak ada respon alergi  Mengobservasi tanda tanda vital dan GCS 456 pada pasien.  Hasil :  a. T: 140/100 mmHg  b. Suhu: 37 ºC  c. Frekuensi nadi : 90 x/menit  d. Frekuensi nafas : 20 x/menit  e. SPO2: 98 %  f. GCS: 4 5 6 | *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska* | 14.00 | 1 | **Dinas pagi**  S:  Pasien mengeluh bahwa pusing  O:   1. Pasien nampak tenang 2. Tanda-tanda vital   T: 140/100 mmHg  Suhu: 37,1 ºC  Frekuensi nadi : 90 x/menit  Frekuensi nafas : 20 x/menit  SPO2: 98 %  GCS: 4 5 6  A:  Masalah teratasi sebagian  P:  Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, yaitu :   1. Observasi monitor tanda dan gejala peningkatan TIK. 2. Posisikan pasien pada posisi semi fowler, naikan bed pasien 20-30°. 3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang pada pasien. 4. Menganjurkan pasien untuk tidak mengejan 5. Catat respon pasien terhadap stimulus yang diberikan. 6. Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya menjaga ketenangan pasien dengan membatasi pengunjung. 7. Pemberian citicolin dihentikan pasien dilanjutkan pemberian obat oral saja | *Riska* |
| 2  2  2 | 09.00  09.30  11.00 | **Dinas pagi**  Membantu ROM pasien setiap 2 jam. saat dilakukan ROM mengeluh sakit saat dilakukan ROM ekstremitas bawah bagian kanan. Pasien berusaha menggerakkan ekstremitas tubuh bagian kanan, namun tidak bisa  Menganjurkan pasien untuk istirahat yag cukup. pasien nampak gelisah. GCS 456  Memposisikan pasien miring kanan. Pasien mengerang saat dilakukan perubahan posisi. | *Riska*  *Riska*  *Riska* | 14.00 | 2 | **Dinas pagi**  S:  Pasien mengeluh ekstremitas tubuh bagian kanan masih belum bisa digerakkan.  O:   1. Observasi kekuatan otot   0000 4444  0000 4444   1. Kelemahan di esktrimitas bagian kanan (hemiparase dextra). 2. Pasien berusaha menggerakan ekstremitas tubuh bagian kanan 3. GCS: 4 5 6 4. Pasien tampak gelisah   A:  Masalah belum teratasi.  P:  Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, yaitu :   1. Observasi adanya nyei atau keluhan fisik lainnya pada pasien 2. Ubah posisi pasien setiap 2 jam. 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien latihan ROM pasif dan aktif 4. Berikan edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien dan keluarga. 5. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif dan ambulasi pasien | *Riska* |
| 3  3 | 09.30  10.00 | **Dinas pagi**  Menganjurkan keluarga pasien untuk mengajak komunikasi pasien dalam melatih komunikasi verbal pasien. Respon : keluarga pasien mengatakan saat diajak komunikasi Pasien cenderung mengantuk, bicara masih tidak jelas  Menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup. Respon : pasien tampak gelisah | *Riska*  *Riska* | 14.00 | 3 | **Dinas pagi**  S :  Keluarga mengatakan bahwa bicara pasien masih belum jelas.  O :   1. Pasien tampak berbicara namun tidak jelas. 2. Pasien tampak mengantuk ketika diajak berbicara.   A :  Masalah belum teratasi  P :  intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, yaitu :   1. Observasi pasien secara ketat agar dapat mengetahui isyarat kebutuhan dan keinginan seperti isyarat, menunjuk objek, melihat suatu benda, dan pantonim. 2. Pantau dan catat perubahan pola bicara dan tingkat orientasi pasien. 3. Dukung upaya pasien dalam komunikasi dan berilah penguatan positif. 4. Ulang dan katakan pertanyaan degan kalimat lain bila perlu. 5. Berikan dukungan psikologis pada pasien 6. Tinjau ulang hasil diagnostik pasien. 7. Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara 8. Kolaborasi dengan rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis | *Riska* |
| 1  1,2,3  1  1  1 | 15.00  16.30  16.45  17.00  17.30 | **Dinas sore**  Membantu menyeka pasien. Saat menyeka pasien juga dilakukan miring kanan miring kiri. Respon pasien mengeluh sakit saat kaki kanan ditekuk  Menganjurkan pasien untuk istirahat dengan cukup. Respon : pasien tampak tenang  Memonitor TTV dan GCS pasien.  H hasil :   1. T: 140/120 mmHg 2. Suhu: 37 ºC 3. Frekuensi nadi : 90 x/menit 4. Frekuensi nafas : 20 x/menit 5. SPO2: 98 % 6. GCS: 4 5 6   Memberikan makan pada pasien dan obat oral allopurinol 100mg, curcuma 3x1, Spironolacton 2,5 mg. Pasien disuapi oleh keluarga pasien, dan sudah diberi minum obat oral, tidak ada respon alergi  Mengganti cairan infus pasien . NS 20 tpm  Membantu pasien posisi semifowler. Pasien tampak rileks | *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska* | 21.00 | 1 | **Dinas sore**  S:  Pasien mengeluh bahwa pusingnya sudah berkurang.  O:   1. Pasien nampak tenang 2. Tanda-tanda vital   T: 140/100 mmHg  Suhu: 37 ºC  Frekuensi nadi : 90 x/menit  Frekuensi nafas : 20 x/menit  SPO2: 98 %  GCS: 4 5 6  A:  Masalah teratasi sebagian  P:  Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, yaitu :   1. Observasi monitor tanda dan gejala peningkatan TIK. 2. Posisikan pasien pada posisi semi fowler, naikan bed pasien 20-30°. 3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang pada pasien. 4. Menganjurkan pasien untuk tidak mengejan 5. Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya menjaga ketenangan pasien dengan membatasi pengunjung. |  |
| 2  2  2 | 18.00  19.00  19.20  20.00 | **Dinas sore**  Membantu posisi pasien semifowler. Pasien tampak lebih rileks namun memegangi kepala  Melakukan ROM pada pasien setiap 2 jam. Respon : saat dilakukan ROM pasien mengeluh sakit di kaki bagian kanan  Membantu pasien miring kanan dan kiri. Respon : pasien mengerang dan bicara tidak jelas.  Menganjurkan pasien istirahat. Respon : pasien gelisah dan bicara tidak jelas  Menganjurkan pasien istirahat. Respon : pasien gelisah | *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska* | 21.00 | 2 | **Dinas sore**  S:  Pasien mengeluh bahwa ekstremitas tubuh bagian kanan masih belum bisa digerakkan.  O:   1. Observasi kekuatan otot   0000 4444  0000 4444   1. Kelemahan di esktrimitas bagian kanan (hemiparase dextra). 2. Pasien berusaha menggerakan ekstremitas tubuh bagian kanan 3. GCS: 4 5 6 4. Pasien tampak gelisah   A:  Masalah belum teratasi.  P:  Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, yaitu :   1. Observasi adanya nyei atau keluhan fisik lainnya pada pasien 2. Ubah posisi pasien setiap 2 jam. 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien latihan ROM pasif dan aktif 4. Berikan edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien dan keluarga. 5. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif dan ambulasi pasien | *Riska* |
| 3  3  3 | 15.00  20.05  21.00 | **Dinas sore**  Membantu menyeka pasien. Saat menyeka pasien juga dilakukan miring kanan miring kiri. Respon pasien mengeluh sakit saat kaki kanan ditekuk  Menganjurkan keluarga pasien untuk mengajak ngobrol apabila ada jadwal menjenguk. Respon : pasien cenderung mengantuk dan bicara tidak jelas, pasIen nampak gelisah  Melatih pasien bicara. Respon : pasien mengaji dengan cepat namun bicara tidak jelas | *Riska*  *Riska*  *Riska* | 21.00 | 3 | **Dinas sore**  S :  Keluarga mengatakan bahwa bicara pasien masih belum jelas.  O :   1. Pasien tampak berbicara namun tidak jelas. 2. Pasien tampak mengantuk ketika diajak berbicara.   A :  Masalah belum teratasi  P :  Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 yaitu :   1. Observasi pasien secara ketat agar dapat mengetahui isyarat kebutuhan dan keinginan seperti isyarat, menunjuk objek, melihat suatu benda, dan pantonim. 2. Pantau dan catat perubahan pola bicara dan tingkat orientasi pasien. 3. Dukung upaya pasien dalam komunikasi dan berilah penguatan positif. 4. Ulang dan katakan pertanyaan degan kalimat lain bila perlu. 5. Berikan dukungan psikologis pada pasien 6. Tinjau ulang hasil diagnostik pasien. 7. Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara 8. Kolaborasi dengan rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis | *Riska* |
| 1  1  1 | 21.00  05.00  05.30  06.00 | **Dinas malam**   * Menganjurkan pasien untuk istirahat, pasien nampak tenang * Mengobservasi tanda tanda vital dan GCS pasien * a. T: 130/100 mmHg * b. Suhu: 37, ºC * c. Frekuensi nadi : 92 x/menit * d. Frekuensi nafas : 20 x/menit * e. SPO2: 98 % * f. GCS: 4 5 6 * Membantu memposisikan pasien posisi semifowler, pasien nampak rileks * Memberikan diet dan terapi orallisinopril, allopurinol 100mg, curcuma 3x1 pada pasien. Respon : tidak ada respon alergi | *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska* | 07.00 | 1 | **Dinas malam**  Dx1  S:  Pasien mengeluh bahwa pusingnya sudah berkurang.  O:   1. Pasien nampak tenang 2. Tanda-tanda vital   T: 130/100 mmHg  Suhu: 37, ºC  Frekuensi nadi : 92 x/menit  Frekuensi nafas : 20 x/menit  SPO2: 98 %  GCS: 4 5 6  A:  Masalah teratasi sebagian  P :  intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, yaitu :   1. Observasi monitor tanda dan gejala peningkatan TIK. 2. Posisikan pasien pada posisi semi fowler, naikan bed pasien 20-30°. 3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang pada pasien. 4. Menganjurkan pasien untuk tidak mengejan. 5. Catat respon pasien terhadap stimulus yang diberikan. 6. Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya menjaga ketenangan pasien dengan membatasi pengunjung. 7. Kolaborasikan untuk pemberian citicolin 3x500mg. | *Riska* |
| 2  2  2  2 | 05.00  06.10  06.30  06.50 | **Dinas malam**  Membantu posisi pasien semifowler. Pasien tampak lebih rileks. GCS 456  Melakukan ROM pada pasien setiap 2 jam. Respon : saat dilakukan ROM pasien mengeluh sakit di kaki bagian kanan  Membantu pasien miring kanan dan kiri. Respon : pasien mengerang dan bicara tidak jelas.  Menganjurkan pasien istirahat. Respon : pasien gelisah dan bicara tidak jelas  Menganjurkan pasien untuk istirahat, pasien tenang | *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska* | 07.00 | 2 | **Dinas malam**  S:  Pasien mengeluh kaki kanan sudah bisa sedikit digerakkan namun tangan kanan masih belum bisa digerakkan.  O:   1. Observasi kekuatan otot   0000 4444  0000 4444   1. Kelemahan di esktrimitas bagian   kanan (hemiparase dextra).   1. Pasien berusaha menggerakan   ekstremitas tubuh bagian kanan  GCS: 4 5 6   1. Pasien tampak gelisah   A:  Masalah teratasi sebagian  P:  Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, yaitu :   1. Observasi adanya nyei atau keluhan fisik lainnya pada pasien 2. Ubah posisi pasien setiap 2 jam. 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien latihan ROM pasif dan aktif 4. Berikan edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien dan keluarga. 5. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif dan ambulasi pasien | *Riska* |
| 3  3  3  3  3 | 21.00  05.00  05.30  05.45  05.50 | **Dinas malam**  Menganjurkan pasien untuk istirahat. Respon : pasien tampak rileks  Membantu menyeka pasien. Saat menyeka pasien juga dilakukan miring kanan miring kiri. Respon pasien mengeluh sakit saat kaki kanan ditekuk  Menganjurkan pasien untuk istirahat dengan cukup. Pasien nampak gelisah  Menganjurkan keluarga pasien untuk mengajak ngobrol apabila ada jadwal menjenguk. Respon : pasien cenderung mengantuk dan bicara tidak jelas  Melatih pasien bicara. Respon : pasien mengaji dengan cepat namun bicara tidak jelas | *Riska*  *Riska*  *Riska*  *Riska* | 07.00 | 3 | **Dinas malam**  S :  Keluarga mengatakan bahwa bicara pasien belum jelas, namun pasien aktif berkomunikasi.  O :   1. Pasien tampak berbicara namun tidak jelas. 2. Pasien tampak mengantuk ketika diajak berbicara.   A :  Masalah belum teratasi  P :  Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, yaitu :   1. Observasi pasien secara ketat agar dapat mengetahui isyarat kebutuhan dan keinginan seperti isyarat, menunjuk objek, melihat suatu benda, dan pantonim. 2. Pantau dan catat perubahan pola bicara dan tingkat orientasi pasien. 3. Dukung upaya pasien dalam komunikasi dan berilah penguatan positif. 4. Ulang dan katakan pertanyaan degan kalimat lain bila perlu. 5. Berikan dukungan psikologis pada pasien 6. Tinjau ulang hasil diagnostik pasien. 7. Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara 8. Kolaborasi dengan rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis | *Riska* |

# Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6 Evalusi Keperawatan

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Masalah keperawatan** | **Tanggal** | | **Evaluasi sumatif** | **Paraf** |
| **ditemukan** | **teratasi** |
| 1. | Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan stroke iskemik. | 28 November 2022 | 30 November 2022 | S:  Pasien mengeluh bahwa pusing di kepala bagian belakang sudah hilang.  O:  Fungsi kogitif pasien meningkat. pasien mampu mengingat bahwa pasien berada di RSAL Dr. Ramelan surabaya  Sakit kepala pasien menurun  Pasien nampak tenang  Tanda-tanda vital   * 1. TD : 120/80 mmHg   2. Suhu: 37, ºC   3. Frekuensi nadi : 90 x/menit   4. Frekuensi nafas : 20 x/menit   5. SPO2: 98 %   6. GCS: 4 5 6   A: Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan di ruang pav 7 | *Riska Meireta* |
| 2. | Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. | 28 November 2022 | 30 November 2022 | S:  Pasien mengeluh bahwa kaki kanan sudah bisa sedikit digerakkan namun tangan kanan masih belum bisa digerakkan.  O:  Observasi kekuatan otot  0000 4444  0000 4444  Kelemahan di esktrimitas bagian kanan (hemiparase dextra).  Pasien tampak tenang  Tidak terjadi kontraktur sendi  Tanda-tanda vital :   1. TD : 120/80 mmHg 2. Suhu: 37ºC 3. Frekuensi nadi : 80 x/menit 4. Frekuensi nafas : 20 x/menit 5. SPO2: 98 %,GCS: 4 5 6   A: Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan di ruang pav 7 | *Riska Meireta* |
| 3. | Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan Neuromuskuler. | 28 November 2022 | 30 November 2022 | S :  Keluarga mengatakan bahwa bicara pasien belum jelas, namun pasien aktif berkomunikasi.  O :  pasien mampu mengkomunikasikan kebutuhan dan keinginan pasien dengan kata kata  Pasien mampu menyusun kata kata meskipun masih terbata-bata  Pasien tampak berbicara namun tidak jelas.  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan di ruang pav 7 | *Riska Meireta* |

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Pada pembahasan kasus ini ditunjukkan untuk menganalisa kesesuaian fakta yang terjadi pada pasien yang berkaitan dengan tinjauan kasus asuhan keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) di Ruang VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Kegiatan yang dilakukan melalui pengkajian, diagnose keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

# Pengkajian

Pada saat melakukan pengkajian secara langsung kepada pasien, penulis tidak mengalami kesulitan. Hal ini disebabkan oleh adanya hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien dengan perawat melalui komunikasi secara langsung. Sehingga pasien dan keluarga pasien terbuka dan mengerti secara kooperatif. Pengajian dilakukan dengan cara anamnese pada keluarga pasien, pemeriksaan fisik dari pemeriksaan penunjang medis.

Data yang di temukan pada tinjauan kasus Cva Infark, pasien bernama Ny.S perempuan berusia 56 tahun, pada keluhan utama ditemukan bahwa pasien mengalami kelemahan ekstremitas tubuh bagian kanan (tangan dan kaki). Terjadinya kerusakan pada nervus XI, kerusakan akan menyebabkan ketidak mampuan mengangkat ekstrimitas tubuh (tangan dan kaki) bagian kanan. Anggota gerak tangan kanan dan kaki kanan tidak bisa digerakan atau lumpuh, hal ini terjadi karena adanya emboli yang menyebabkan aneurisme, kemudian mengakibatkan penyumbatan pada pembuluh darah setelah itu akan terjadi penurunan sirkulasi darah ke otak dan menyebabkan aliran darah ke otak terganggu. Dari hal itu menyebabkan lobus parietal yang berfungsi untuk mengatur posisi dan letak bagian tubuh kehilangan fungsi secara akut, akibat penekan dari penyumbatan yang terjadi pada pada saluran darah sehingga sirkulasi darah ke otak mengalami penurunan yang akan mengakibatkan gangguan kelemahan ekstremitas kanan pasien.

Menurut pengamatan penulis apa yang terjadi pada pasien adalah penurunan kualitas otot yang disebabkan penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah ke otak yang mengakibatkan kurangnya suplai darah ke otak. otak kecil untuk mengontrol gerakan kordinasi dan memelihara keseimbagan, dimana otak bagian kiri mengontrol anggota tubuh bagian kanan dan otak kiri mengontrol anggota tubuh bagian kanan.

Hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien diperoleh data riwayat penyakit sekarang. Keluarga pasien mengatakan bahwa pada tanggal 27 November 2022 sekitar pukul 22.00 pasien mengeluh kepala pusing, ekstremitas kanan (tangan dan kaki) tidak bisa digerakkan. Keluhan terjadi secara mendadak dengan kondisi bicara bisa dimengerti, mual, kelemahan pada tangan dan kaki, seringnya keluar air liur melalui sudut bibir. Kemudian pada pukul 10.00 pasien diantar ke IGD RSPAL Dr.Ramelan Surabaya. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien pernah mengalami serangan stroke yang pertama, serta memiliki riwayat penyakit hipertensi dan diabetes mellitus. Hipertensi dan diabetes mellitus adalah merupakan faktor resiko stroke yang potensial. Menurut pandangan penulis kurangnya pengetahuan pasien mengenai penyakit stroke mengakibatkan terjadinya serangan stroke pertama, dan pemeriksaan secara dini dapat mengurangi dampak yang lebih besar. Mengubah pola hidup menjadi lebih sehat dengan mengurangi garam, makanan berlemak dan perbanyak makan sayur, buah dan minum air putih.

Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit hipertensi. Dijelaskan dalam teori bahwa gejala yang biasa timbul pada pasien dengan cva Infark salah satunya yaitu gangguan kardiovaskuler seperti hipertensi, hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa *Cva Infark* selalu diikuti dengan adanya riwayat penyakit seperti hipertensi (Nurarif, 2016).

Hal ini sesuai dengan teori Radaningtyas (2018) salah satu Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasiendengan stroke non hemoragik untuk mengidentifikasi adanya tekanan anormal dan biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukan, hemoragi sub arachnois / perdarahan intakranial. Pasien mengatakan ayahnya menderita Hipertensi seperti dirinya. Pencetus sekunder seperti penyakit DM dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit CVA infark , karena penyakit tersebut bersifat herediter (Hidayat, 2014).

A. Pengkajian

1). Oksigenasi

Fungsi pernapasan baik 20 x/menit, tidak ada sesak, suara paru vesikuler, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ronchi/wheezing, bentuk dada normochest, pergerakan simetris, tidak ada otot bantu nafas tambahan, irama nafas regular, pola nafas eupnea, suara nafas vesikuler, SpO2 99%, tekanan darah 130/90 mmHg, bunyi jantung S1-S2 tunggal, gallop tidak ada, murmur tidak ada, JVP 5-2 mmHg, CRT < 3 detik, tidak ada sianosis, kesadaran compos mentis, GCS E4 V5 M6.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2). Nutrisi

Diit makanan susu cair 3x650cc, susu diberikan 3x650cc, melalui NGT, mual muntah tidak ada, mulut bersih, adanya air liur di sekitar mulut, bising usus 14x/menit distensi abdomen tidak ada. Hasil laborat Hb 8.60 g/dL, trigleserida 78 mg/dL, LDL 63 mg/dL, glukosa puasa 194 mg/dL.

Masalah Keperawatan : Resiko Aspirasi

3). Eliminasi

Eliminasi urin terpasang kateter menetap pada hari pertama dirawat sampai sekarang, warna urine kuning jernih tidak keruh, tidak ada hematuri aliran lancar, tidak ada sumbatan. Eliminasi alvi BAB (+) terakhir tanggal 26 November 2022 dirumah, tidak teraba massa di abdomen bawah, bising usus baik 14 x/menit. Tidak ada gangguan pada eliminiasi, tidak ada distensi dan retensi pada kandung kemih, pasien terpasing cateter, tidak ada nyeri tekan, BAK sebelum masuk rumah sakit 7 kali/perhari dengan jumlah urine kurang lebih 1500cc/hari, Setelah MRS 8 kali/perhari jumlah urine kurang lebih 1800cc/hari dengan warna urine kuning.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4). Aktifitas dan istirahat

Keadaan umum baik, aktifitas dilakukan di tempat tidur, dibantu oleh perawat dan keluarga, mengeluh nyeri kepala, pasien lebih banyak tidak dan memejamkan mata.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kekuatan otot : | 0000 | 4444 |
|  | 0000 | 4444 |

Istirahat tidur SMRS : 21.00 – 04.30 WIB

Jam tidur malam MRS :21.00 – 06.00

Jam tidur siang MRS : 13.00 – 15.00

Masalah Keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik

5). Proteksi

Rambut dan kulit kepala tampak bersih, kulit kuning langsat, kuku tidak ada patikie, turgor kulit elastis, ROM terbatas, tidak ada fraktur, ada odema di kedua kaki pasien yang terasa sedikit berat, tidak terdapat lecet pada kaki dan tangan.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

6). Sensori

Tidak ada baal mata rasa, adanya gangguan pengelihatan kabur, pandangan double, adanya gangguan lapang pandang.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

7). Cairan dan Elektrolit

Terpasang infus NaCl 0,9% 500/12jam, Mulut tampak bersih, mukosa mulut lembab, tidak ada kelainan faring, bentuk perut peristaltik 5 – 35 x / menit, gerakan perut sesuai aktifitas pernafasan, peristaltik usus 16x/menit, tidak ada nyeri abdomen, tidak ada pembesaran hepar, mulut nampak tidak bersih, tidak ada gigi palsu. Sebelum masuk rumah sakit, frekuensi makan 3x/hari 1 porsi habis. Tidak ada nyeri abdomen. Hasil lab tanggal 28 November 2022 natrium 136.8 mg/dL, kalium 4.14 mmol/L, clorida 99 mEq/dL, trigliserida 78 mg/dL, kolesterol LDL 63 mg/dL.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

8). Fungsi Persyarafan

GCS 456, Eye 4, Verbal, 5, motorik 6 total : 15

Reflek fisiologis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| triceps (+/+) | patela (+/+) | achilles (+/+). |

Refleks patologis :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| kaku kuduk (-) | brudziynki I (-) | babinzky II (-) kerniks (+) |

Saat dilakuakan pengkajian persyarafan didapatkan kelemahan fisik pada anggota tubuh lengan dan kaki kanan

# Nervus kranial I (Olfaktorius) : Pasien mampu membedakan bau minyak wangi dan bau teh

# Nervus kranial II (Optikus) : Pasien pengelihatan kabur

# Nervus kranial III (Okolomotorius) : Pasien mampu menggerakan mata ke kanan dan ke kiri

# Nervus kranial IV (Trokhlearis) : Pasien mampu menggerakan bola mata ke kanan dan ke kiri

# Nervus kranial V (Abdusens) : Pasien sedikit sukar untuk mengunyah dan kesulitan menelan

# Nervus kranial VI (Trigeminus) : Pasien tidak dapat menggerakkan mata kesamping

# Nervus kranial VII (Facialis) : Pasien terdapat gangguan saat bicara pelo

# Motorik : Pasien kesulitan dalam tersenyum dan mengerutkan dahi

# Nervus kranial VIII (Auditorius) : Pasien mampu mendengar dengan baik.

# Nervus kranial IX (Glosofaringus) : Pasien terdapat kesulitan menelan

# Nervus kranial X (Vagus) : Pasien terpasang NGT dan diit cair susu 3x650 cc

# Nervus kranial XI (Accecorius) : Pasien tidak mampu kesulitan menggerakkan anggota badan sebelah kanan kaki dan tangan

# Nervus kranial XII (Hipoglosus) : Respon lidah tidak baik, pasien tidak bisa menggerakkan lidah dari sisi yang satu yang lain terdepat kesulitan menelan

Hasil MRI acut cerebral infaction di corona radiate dan centrum semiovale kanan kiri, sinusitis sphenoidalis kanan dan hasil MRA kepala saat ini tidak nampak kelainan.

Masalah Keperawatan : Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial dan Gangguan Komunikasi Verbal

9). Fungsi Endokrin

Ditemukan tanda-tanda diabetes, banyak kencing, tidak ditemukan rasa haus berlebihan pasien terpasang NGT, GDA stik 188 mg/dL, mendapatkan terapi insulin apidra 3x4ui dan lantus 0-0-10 ui subcutan.

1. Pengkajian konsep diri

Pasien mengatakan keadaan sekarang membutuhkan perawatan hingga bisa melakukan aktivitas dengan baik, merasa resah dengan keadaannya saat ini, tidak dapat menerima keadaannya, pasien kooperatif selama menjalani perawatan, pasien ingin cepat sembuh, dan selalu berdoa dengan keyakinan agama islam

1. Pengkajian fungsi peran

Sebelum kejadian pasien seorang Ibu Rumah Tangga. Pasien saat ini tidak bisa melakukan pekerjaan rumah tangga dirumah karena harus menjalani perawatan di rumah sakit, peran sebagai ibu tidak bisa mengasuh cucunya.

1. Adaptasi interdependensi

Pasien mendapatkan dukungan dari anak dan cucunya, keluarga bergantian menunggunya setelah pulang kerja, suami pasien selalu memperhatikan keadaannya dan memenuhi kebutuhan. Keluarga terlibat dan berperan aktif dalam proses perawatan dan kooperatif. Hubungan dengan perawat dan pasien lainnya juga baik.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

10). Personal Hygiene

Mandi SMRS 2x/hari dengan sabun mandi, mandi MRS hanya diseka setiap pagi, keramas SMRS 2x/seminggu dengan shampoo, setelah MRS keramas belum mencuci rambut, ganti pakaian pasien mengganti pakaian setelah mandi, ganti pakaian pasien ganti baju setelah mandi, menyikat gigi 1x/hari pagi hari, menyikat gigi 1x setiap pagi kuku 1 minggu sekali, memotong kuku pasien belum memotong kuku, tidak mampu mandi secara mandiri, tidak mau diseka.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

# Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan kasus ada 3 diagnosa keperawatan yang muncul, hal ini disesuaikan dengan keadaan fakta pasien yaitu :

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (SDKI D.0066 hal. 149) Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.S, penulis menemukan masalah mengatakan pusing di kepala dan tangan kanan, kaki kanan tidak bisa digerakkan, bicara agak terbata-bata, dari hasil MRI kepala 28 November 2022 acut cerebral infraction di corona radiate dan centrum semiovale kanan kiri, sinusitis sphemoidalis kanan. Rasional : Diagnosa ini ditegakkan karena adanya pusing di kepala dan tangan kanan, kaki kanan tidak bisa digerakkan, bicara agak terbata-bata (SDKI, 2017). Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam, akibat gangguan aliran darah otak. Menurut penulis, stroke adalah gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena pendarahan ataupun sumbatan dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian (Rizki et al., 2019).
2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot (SDKI, D.0054, hal 124). Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan mengeluh sulit menggerakan ekstremitas, tampak kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, tampak sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah. Gangguan mobilitas fisik disebabkan karena adanya gangguan neuromuskular yang menyebabkan penurunan tonus otot dan kemampuan ekstremitas tidak mampu melakkan mobilitas fisik, tanda dan gejalanya berupa keterbatasan kemampuan melakukan ketrampilan motorik halus, keterbatasan kemampuan melakukan ketrampilan motorik kasar, keterbatasan rentan pergerakan sendi. Diagnosa keperawatan ini muncul dikarenakan pada tinjauan kasus didapatkan data objekstif pasien mengalamai kelemahan ekstremitas tangan dan kaki sebelah kanan. Pada kondisi stroke terjadi penurunan mekanisme aliran darah arteri sehingga otak kekurangan oksigen dan terjadi hipoksia jaringan, kondisi ini menyebabkan iskemia otak, terdapat oedema pada otak serebro sehingga kehilangan kontrol terhadap gerakan motorik yang akan menyebabkan terjadinya gangguan neuromuskuler sehingga terjadi gangguan mobilitas fisik. Diagnosa tersebut diangkat karena terdapat beberapa kondisi yang sesuai dengan teori, yang pada akhirnya berfokus pada intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien yang bertujuan untuk mengurangi/menghilangkan tanda dan gejala yang diderita oleh pasien. Jadi antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan.
3. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler (CVA Infark) (SDKI, D.0119, hal 264) didapatkan Ny.S, penulis menemukan masalah Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler dengan data yang menunjang seperti Ny.S saat bicara pasien belum jelas, namun pasien aktif berkomunikasi (SDKI, 2017). Rasional : Diagnosa ini ditegakkan karena adanya pasien belum jelas, namun pasien aktif berkomunikasi (SDKI, 2017). Hal ini sejalan dengan teori Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol penyebab dari, Penurunan sirkulasi serebral, Gangguan neuromuskular, Gangguan pendengaran (SDKI, 2017). Pada pengkajian menurut (Pudiastuti, 2011) didapatkan disfasia reseptif yaitu pasien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis, disfagia ekspresif yaitu pasien dapat mengerti tetapi tidak bisa menjawab dan bicara tidak lancar. Diagnosa tersebut diangkat karena terdapat beberapa kondisi yang sesuai dengan teori, yang pada akhirnya berfokus pada intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien yang bertujuan untuk mengurangi/menghilangkan tanda dan gejala yang diderita oleh pasien. Pada tinjauan kasus ini pasien terdapat tanda-tanda gangguan komunikasi verbal. Jadi antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan.

# Intervensi Keperawatan

Tahap perencanaan memberi kesempatan kepada perawat, pasien, keluarga, dan orang terdekat pasien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami pasien. Tahap perencanaan ini memiliki beberapa tujuan penting, diantaranya sebagai alat komunikasi antar sesama perawat dan tim kesehatan lainnya dalam pemberian asuhan keperawatan bagi pasien dan sebagai dokumentasi proses asuhan keperawatan yang ingin dicapai. Unsur terpenting dalam tahap perencanaan ini adalah membuat orioritas urutan diagnosa keperawatan, merumuskan tujuan, merumuskan kriteria evaluasi, dan merumuskan intervensi keperawatan (Guswanti, 2019). Penulis menganggkat diagnosa :

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan stroke iskemik dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan perawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien Tingkat kesadaran kognitif naik skala 5. Sakit kepala menurun skala 5. Tekanan darah membaik skala 5 dengan hasil : Sistolik 95-135 mmHg , diastolik 60-80 mmHg. . Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu Identifikasi penyebab peningkatan TIK misal edema serebral, peningkatan tekanan vena, Monitor peningkatan Tekanan Darah, Monitor pelebaran tekanan nadi. (SIKI, 2018). Pada tinjauan pustaka dan kasus untuk melakukan perencanaan ini dilakukan Observasi monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (tekanan darah dalam batas normal (120/80mmHg), pola nafas reguler, kesadaran meningkat (GCS 456), frekuensi nafas 16-20x/menit) dengan tujuan Mengobservasi tanda-tanda vital dan tanda kelainan TIK untuk mengetahui kondisi pasien. memposisikan pasien pada posisi semi fowler dengan tujuan mengobservasi kesadaran dan GCS. menaikan bed pasien 20-30° dengan tujuan mempertahankan kepala/leher pada posisi yang netral. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang pada pasien dengan tujuan untuk memberikan kenyamanan kepada pasien. Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya menjaga ketenangan pasien dengan membatasi pengunjung. Dan kolaborasikan untuk pemberian citicolin 3x500mg.
2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan perawatan selama 2x24 jam diharapkan, Pergerakan ekstremitas meningkat skala 5, Kekuatan otot meningkat skala 5, Rentang gerak (ROM) meningkat Gerakan terbatas menurun. (SLKI, 2018). Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, Fasilitasi melakukan pergerakan, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, Ajarkan mobilisasi sederhana untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, Melakukan kolaborasi dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif dan ambulasi pasien program yang khusus dapat dikembangkan untuk menemukan kebutuhan yang berarti menjaga kekurangan tersebut dalam keseimbangan, kordinasi dan kekuatan (SIKI, 2018).
3. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan perawatan selama 3x24 jam diharapkan, Kriteria hasilnya adalah pasien mampu mengkomunikasikan kebutuhan dan keinginan pasien dengan kata kata, pasien mampu menyusun kata kata, dan pasien dapat mempertahankan tingkat komunikasi yang efektif. Pada tinjauan pustaka dan kasus untuk melakukan perencanaan ini dilakukan observasi pasien secara ketat agar dapat mengetahui isyarat kebutuhan dan keinginan seperti isyarat, menunjuk objek, melihat suatu benda, dan pantonim dengan tujuan isyarat nonverbal memberikan arti untuk melakukan tindakan. Mengobservasi dan catat perubahan pola bicara dan tingkat orientasi pasien dengan tujuan perubahan dapat mengindikasikan peningkatan atau penurunan kondisi pasien. Memberikan dukungan upaya pasien dalam komunikasi dan berilah penguatan positif untuk membantu pemahaman pasien. Memberi arahan ulang dan katakan pertanyaan degan kalimat lain bila perlu . Berikan dukungan psikologis pada pasien untuk memotivasi pasien. Tinjau ulang hasil diagnostik pasien. Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara. Untuk memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara. Kolaborasi dengan rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis untuk membntu proses pemulihan bicara pada pasien.

# Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada pasien Ny.S selama 3x4 jam perawatan akan dijabarkan sebagai berikut : Implementasi pada diagnosa Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan stroke iskemik yaitu, Identifikasi penyebab peningkatan TIK misal edema serebral, peningkatan tekanan vena, memonitor peningkatan Tekanan Darah, Monitor pelebaran tekanan nadi (SIKI, 2018). Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot Implementasi pada diagnosa keperawatan kedua yaitu, mendentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, memasilitasi melakukan pergerakan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (SIKI, 2018). Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler (CVA Infark Implementasi pada diagnosa keperawatan ketiga yaitu, memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara, memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara, memori, pendengaran dan bahasa. mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, menggunakan metode komunikasi alternatif, mengulangi apa yang disampaikan pasien, Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis (SIKI, 2018).

# Evaluasi Keperawatan

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

Hasil evaluasi diagnosa satu, penurunan kapasitas adaptif intrakranial yang berhubungan dengan stroke infark. Kriteria hasil dalam perencanaan adalah pasien tidak gelisah, pasien tidak mengeluh nyeri kepala, pasien tidak mual-mual dan muntah, GCS 4 5 6 tidak terdapat papiledema, Tanda-tanda vital dalam batas normal. Masalah teratasi sebagian dibuktikan dengan pasien tidak gelisah, Tensi 120/100 mmHg, suhu 37 ºC, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, SPO2 98%, GCS 456, intervensi dilanjutkan di ruang Paviliun 7.

Evaluasi hasil diagnosa ke dua, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. kriteria hasil dalam perencanaan adalah pasien dapat mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terganggu dan mengkompensasinya dan tidak terjadi kontraktur sendi. Masalah teratasi, ditandai dengan kekuatan otot ekstrimitas atas dan ekstrimitas bawah meningkat, tidak terjadi kontraktur sendi.

kekuatan otot pasien: 0000 4444

0000 4444

Pada diagnosa kedua masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan di ruang Paviliun 7. Evaluasi pada diagnosa ke tiga, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Intervensi yang dilakukan antara lain memantau dan mencatat perubahan pola bicara atau tingkat orientasi pasien karena perubahan dapat mengindikasikan peningkatan atau penurunan kondisi, mengajarkan pasien tekhnik memperbaiki cara pengucapan kata untuk membantu pemahaman pasien, melatih gerakan otot wajah pasien dengan mengucapkan huruf vokal ( A I U E O) untuk membantu memperbaiki otot wajah yang mengalami kekakuan. Dalam mengatasi hal ini dapat dilakukan semua karena pasien kooperatif dalam pemberian tindakan dan peran serta perawat dan tim kesehatan untuk meningkatkan kesehatan pasien. Pada diagnosa ke tiga masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan di ruang Paviliun 7.

Pada akhir evaluasi diagnosa satu penurunan kapasitas adaptif intrakranial yang berhubungan dengan stroke infark masalah teratasi sebagian, diagnosa dua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular masalah dapat teratasi sebagian, dan diagnosa tiga gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler masalah dapat teratasi sebagian.

# BAB 5

# KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan tindakan keperawatan secara langsung pada Ny.S dengan Diagnosa Medis *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) di Ruang VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu tindakan keperawatan pasien dengan diagnosis medis Medis *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark).

# Kesimpulan

Mengacu pada uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan kepada Ny.S dengan Medis *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark), maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian didapatkan Ny.S pada tanggal didapatkan hasil Dari pengkajian yang didapatkan pada Tn. S. mengalami Stroke, atau cedera serebrovaskular (CVA), adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak.
2. Pasien muncul diagnosa : Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan stroke iskemik, Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot, Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
3. Perencanaan diagnosis keperawatan pada pasien yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu meningkatkan fungsi bagain tubuh yang terganggu atau terpengaruh, mempertahankan posisi fungsi yang optimal, dan mampu mempertahankan integritas kulit. gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Pasien mampu melaksanankan aktivitas fisik fisik sesuai dengan kemampuannya. Gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu mengucapkan kata atau berbicara dalam kalimat dengan kriteria hasil pasien mampu pasien mampu mengkomunikasikan kebutuhan dan keinginannya kepada perawat dan juga keluarga, pasien dapat mempertahankan tingkat komunikasi yang efektif , pasien dapat menjawab pertanyaan langsung dengan benar.
4. Implementasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal selama 3x24 jam sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun dan dilaksanakan sesuai strategi pelakasanaan dari diagnosa keperawatan utama sampai dengan diagnosa keperawatan pendamping.
5. Evaluasi dan analisis tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial teratasi, gangguan mobilitas fisik belum teratasi sepenuhnya, gangguan komunikasi verbal belum teratasi sepenuhnya.
6. Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan dalam tertulis yang diletakan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangan pada Ny.S.

# Saran

Untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Medis *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark) disarankan agar :

1. Mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga mengerti dalam perilaku hidup bersih dan sehat agar tidak terjadinya berulang kedua kalinya pada pasien *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark).
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan morbili.
3. Diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan pembanding pada peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada pasien dengan *Cerebral Infraction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries* (CVA Infark).
4. Dalam meningkatkan mutu Asuhan Keperawatan yang profesional alangkahnya baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah yang ada pada klien.
5. Profesi Ners diharapkan respon time diperlukan segera dibawa ke rumah sakit terdekat untuk memaksimalkan hasil Asuhan Keperawatan yang diharapkan.

# DAFTAR PUSTAKA

Bararah, & Jauhar. (2013). *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Prestasi Pustakarya.

Budianto, P., Prabaningtyas, H., Putra, S. E., Mirawati, diah K., Muhammad, F., & Hafizan, M. (2021). Stroke Iskemik Akut : Dasar dan Klinis. *Univesrsitas Sebelas Maret*, *January*, 84.

Dourman, K. (2013). *Waspadai Stroke Usia Muda*. Cerdas Sehat.

Esther. (2013). *Patofisiologi Aplikasi pada Praktek Keperawatan*. EGC.

Junaidi, & Iskandar. (2012). *Stroke Waspadai Ancamannya*. Andi Publisher.

Kemenkes. (2017). *Pengertian Germas*. https://dinkes.gorontaloprov.go.id/apa-itu-germas/

Lemone, Priscilla, Burke, Karen, & Bauldoff. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. EGC.

Lili, I., & Sari, W. (2016). *Care Yourself Stroke*. Penebar Plus.

Masriadi. (2016). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Trans Info Media.

Media perawat. (2021). *Pengkajian Tingkat Keparahan Stroke Menggunakan National Institute Health StrokeSS, Scale (NIHSS)*. 1–12. https://mediaperawat.id/pengkajian-tingkat-keparahan-stroke-menggunakan-national-institute-health-stroke-scale-nihss/

Misbach. (2013). *Stroke : Aspek Diagnosis, Patofisiologi, Manajemen*. Badan Penerbit FKUI.

Nastiti, D. (2012). Gambaran Faktor Risiko Kejadian Stroke Pada Pasien Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Krakatau Medika Tahun 2011 Pasien Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Krakatau Medika Tahun 2011. *Universitas Indonesia*, 117.

Nurarif, amin huda, & Khusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc* (jilid 3). Mediaction.

Nurarif, K. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus*. Mediaction.

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*.

Praditiya, W. (2017). *Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik pada Pasien Hemoragik*. 1–14.

Pudiastuti. (2013). *Penyakit Pemicu Stroke*. Nuha Medika.

Pudiastuti, at all. (2011). Penyakit Pemicu Stroke Dilengkapi Dengan Posyandu Lansia Dan Posbindu. In *Nuha Medika*.

Radaningtyas. (2018). Asuhan Keperawatan Klien Cerebro Vaskular Accident Hemoragik. *Photosynthetica*, *2*(1), 1–13.

http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-76887-8%0Ahttp://link.springer.com/10.1007/978-3-319-93594-2%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-409517-5.00007-3%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.jff.2015.06.018%0Ahttp://dx.doi.org/10.1038/s41559-019-0877-3%0Aht

Rizki, W., Santosa, B., Nur, A., & Trisnain, S. (2019). Pengaruh pendidikan kesehatan pre-hospital stroke terhadap pengetahuan dan self-efficacy masyarakat dalam melakukan tindakan pertolongan pre-hospital stroke. *Jurnal Gawat Darurat*, *1 No 1*(1), 31–38.

Setiadi. (2012). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan Praktik*. Graha Ilmu.

Setyopranoto. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis dan Nanda NIC- NOC*. Mediaction Publishing.

Smeltzer, S. C & Bare, B. G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner dan Suddarth* (Agung Waluyo (ed.); Edisi 8). EGC.

Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah, gangguan sistem persarafan*. CV Agung Seto.

WHO. (2012). *WHO STEPS Prevalensi Stroke: The WHO STEP Wise Approach to Stroke Surveillence*.

Wilkinson. (2012). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. EGC.