

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E DENGAN DIAGNOSA MEDIS
CEREBRO VASKULER ACCIDENT (CVA) INFARK
DI RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :
NADIA AYU KUSUMA ASTUTI
NIM. 2030073

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
SURABAYA
2021**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E DENGAN DIAGNOSA MEDIS
CEREBRO VASKULER ACCIDENT (CVA) INFARK
DI RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

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



**Oleh :
NADIA AYU KUSUMA ASTUTI
NIM. 2030073**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
SURABAYA
2021**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

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

Surabaya, 19 Juli 2021

Penulis,



Nadia Ayu Kusuma Astuti
NIM. 2030073

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Nadia Ayu Kusuma Astuti
NIM : 2030073
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. E Dengan
Diagnosa Medis *Cerebro Vaskuler Accident*
(CVA) Infark Di RSPAL Dr. Ramelan
Surabaya

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sudang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns.)

Surabaya, 16 Juli 2021

Pembimbing



Dedi Irawandi, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03.050

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp..Kep.MB.
NIP. 03.020

HALAMAN PENGESAHAN

Karya ilmiah akhir dari :

Nama : Nadia Ayu Kusuma Astuti
 NIM : 20.30073
 Program Studi : Profesi Ners
 Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn. E Dengan
 Diagnosa *CVA Infark* dan DM Tipe 2 Di 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 (Ns.)” pada Prodi Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Merina Widvastuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03033



Penguji II : Imroatul Farida, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03028



Penguji III : Dedi Irawandi, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03050



Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

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

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
 Tanggal : 21 Juli 2020

KATA PENGANTAR

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

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

1. Laksamana pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL, Sp.KL., selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes., selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.Kep.MB., selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Merina Widyastuti, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji 1, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam

memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.

5. Ibu Imroatul Farida, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji 2 dan pembimbing yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
6. Bapak Dedi Irawandi, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji 3, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang memberikan bekal bagi penulis melalui materi – materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam menyempurnakan penulisan karya ilmiah akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Perpustakaan Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan dan penyelesaian karya ilmiah akhir
9. Kedua orang tua tercinta (Dwi Ida Djanti dan Kauland), adikku tercinta (Pramessti Anggun Cindy Febrianti)
10. Pasien Tn. E dan keluarga yang telah berkenan menjadi pasien kelolaan dan pengumpulan data dan tindakan keperawatan dalam penyusunan dan penyelesaian karya ilmiah akhir ini
11. Ni Putu Gita Wirani, Miftachul Jannah, Nelly Marlinda, dan teman – teman prodi pendidikan Ners, yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya ilmiah akhir ini dapat terselesaikan, penulis hanya dapat

mengucapkan terima kasih banyak atas dorongan, pengalaman dan semangatnya semoga hubungan pertemanan ini tetap terjalin dengan baik.

12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu – persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang ikut membantu dalam proses penyelesaian karya ilmiah akhir ini.

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

Surabaya, 23 Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN JUDUL II.....	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.3.1 Tujuan Umum	2
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penulisan	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Dasar Penyakit	7
2.1.1 Anatomi dan Fisiologi Sistem Gastrointestinal	7
2.1.2 Definisi Stroke	16
2.1.3 Etiologi	16
2.1.4 Klasifikasi	18
2.1.5 Manifestasi Klinik	19
2.1.6 Patofisiologi	20
2.1.7 Komplikasi.....	22
2.1.8 Penatalaksanaan	23
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	24
2.2.1 Pengkajian.....	24
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	29
2.2.3 Intervensi Keperawatan	30
2.2.4 Pelaksanaan.....	34
2.2.5 Evaluasi.....	35
2.3 Kerangka Masalah.....	36
BAB 3 TINJAUAN KASUS	37
3.1 Pengkajian	37
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	42
3.3 Intervensi.....	42
3.4 Implementasi dan Catatan Perkembangan	43
BAB 4 PEMBAHASAN	46

4.1 Pengkajian	46
4.2 Diagnosa Keperawatan	54
4.3 Pelaksanaan	54
4.4 Evaluasi	55
BAB 5 PENUTUP	57
5.1 Simpulan	57
5.2 Saran	61

DAFTAR GAMBAR

2.1 Pelindung Otak.....	25
2.2 Bagian – Bagian Otak	26

DAFTAR SINGKATAN

SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
DM	: Diabetes Millitus
CVA	: Cerebro Vaskuler Accident
TD	: Tekanan Darah
HR	: <i>Heart Rate</i>
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
SPO2	: Kadar oksigen dalam darah
GDA	: Gula dara acak
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
GCS	: Glasgow Coma Scale
KIA	: Karya Ilmiah Akhir
RSPAL	: Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut
WHO	: World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

CVA atau Cerebro Vaskuler Accident biasa dikenal oleh masyarakat dengan istilah stroke. Istilah ini lebih populer dari pada CVA. Kelainan ini terjadi pada organ otak. Lebih tepatnya adalah gangguan pembuluh darah otak. Berupa penurunan kualitas pembuluh darah otak (Carrina dalam Irfanita Nurhidayah, dkk, 2020). Stroke merupakan salah satu gangguan pada jaringan otak akibat kelainan kardiovaskular. CVA (cerebrovascular accident) merupakan masalah yang serius di dunia karena dapat menyebabkan gangguan atau kecatatan fisik dalam jangka waktu yang lama dan kematian secara tiba-tiba, oleh karena itu peran perawat sangat penting dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke (Soegijanto, 2018). Masalah keperawatan yang muncul akibat stroke sangat bervariasi tergantung dari luas daerah otak yang mengalami infark atau kematian jaringan dan lokasi yang terkena. Kelainan ini dapat disebabkan kondisi iskemik ataupun (DBS FKUI-RSCM, 2018). Penurunan kemampuan ini biasanya disebabkan stroke arteri serebral anterior atau media sehingga mengakibatkan infark pada bagian otak yang mengontrol (saraf motorik) dari bagian depan (Joyce dalam Rahayu, 2020)

CVA merupakan masalah kesehatan yang utama bagi masyarakat modern saat ini, dikarenakan pola makan yang tidak sehat. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang menyatakan sekitar 75% kasus stroke di usia dewasa muda selalu mengkonsumsi makanan tinggi lemak dan kolesterol dibandingkan dengan 68,4% responden yang jarang mengkonsumsi makanan tinggi lemak dan kolesterol,

(Rahayu, 2020). Fenomena yang sering terjadi saat ini adalah karena stroke merupakan salah satu penyakit mematikan nomer tiga di Indonesia maka dari itu baik keluarga atau individunya yang mengalami stroke langsung mengambil keputusan atau kesimpulan bahwa orang yang mengalami stroke tidak akan hidup lebih lama lagi, orang yang mengalami stroke akan mati, sehingga baik individu atau keluarga tidak memiliki semangat agar penderita sembuh kembali (Mahendra dalam Harwati, Dana Indah, Abdul Gofir, 2018)

Data WHO (World Health Organization) menyebutkan terdapat 17 juta kasus stroke baru yang tercatat tiap tahunnya dan di dunia terjadi 7 juta kematian yang disebabkan oleh stroke (WHO dalam Isdar, 2020). Di Indonesia, jumlah penderita stroke mengalami peningkatan setiap tahunnya. Selain itu, hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan (Kemenkes) RI tahun 2018 menunjukkan, prevalensi stroke berdasarkan diagnosis pada penduduk berusia lebih dari 15 tahun adalah 10,85 persen (RISKESDAS dalam Irfanita dkk, 2020) Jumlah warga Jawa Timur yang mengidap penyakit stroke hingga 2019 mencapai 14.591 orang. (JPPN dalam Rahayu, 2020)

Pada CVA infark sering terjadi dikarenakan benda asing yang berada pada pembuluh darah seperti udara, lemak, atau bakteri sehingga dapat menimbulkan konkulasi atau penyumbatan pada pembuluh darah ke otak apabila terjadi penyumbatan pembuluh darah akan muncul masalah keperawatan salah satunya adalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial ini terjadi karena adanya penyumbatan aliran darah otak didaerah coronaradiata dengan gejala penurunan kesadaran, refleks neurologis yang terganggu (Ariani, 2016). Gangguan mobilitas fisik ini terjadi karena kekurangan suplai oksigen yang menuju ke otak yang akan

menyebabkan kelemahan neuromuscular ekstremitas. Gangguan komunikasi verbal ini terjadi karena adanya penurunan sirkulasi serebral sehingga bagian-bagian otak tidak mendapat suplai oksigen dengan cukup sehingga nervus/refleks neurologis yang mensarafi sistem komunikasi terganggu biasanya dengan gejala afasia (tidak jelas dalam berbicara), saat ditanya menunjukkan respon yang tidak sesuai. Perubahan gaya hidup; pola makan terlalu banyak gula, garam, dan lemak; serta kurang beraktivitas adalah faktor risiko CVA (DBS FKUI-RSCM, 2018). Banyak faktor yang menyebabkan penyakit stroke. Faktor-faktor tersebut meliputi faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor risiko yang dapat diubah. Faktor risiko yang dapat diubah meliputi usia, jenis kelamin, ras dan genetik. Sedangkan faktor risiko yang dapat diubah diantaranya adalah hipertensi, merokok, obesitas, diabetes mellitus, tidak menjalankan perilaku (Satyanegara, 2016).

Pada penyakit CVA infark dapat dicegah dengan pola hidup sehat seperti makan makanan yang bergizi seperti sayur, buah dan ikan dengan olahraga yang teratur, dan tidak merokok, hindari penggunaan obat-obat tertentu seperti aspirin dan obat antiplatelet. Pada seseorang yang sudah mengalami stroke dapat mengalami stroke berulang agar tidak terjadi stroke berulang cek rutin kesehatan dirumah sakit terdekat atau di puskesmas (DBS FKUI-RSCM, 2018).

Peran perawat keluarga, membantu keluarga untuk menyelesaikan masalah kesehatan dengan cara meningkatkan kesanggupan keluarga melakukan fungsi dan tugas keperawatan kesehatan keluarga. Adapun peran perawat dalam membantu keluarga yang anggota keluarganya mengalami penyakit hipertensi antara lain : memberikan pendidikan kesehatan kepada agar dapat melakukan asuhan keperawatan secara mandiri, menjadi coordinator untuk mengatur program kegiatan

atau dari beberapa disiplin ilmu, sebagai pengawas kesehatan, sebagai konsultan dalam mengatasi masalah (Marilyn dalam Irfanita dkk, 2020)

Fungsi keluarga juga berperan dalam menangani pasien dengan CVA meliputi 5 tugas keluarga yang harus dilaksanakan seluruh anggota keluarga yaitu ,tepat bagi keluarga yang mengalami hipertensi, memberikan perawatan pada keluarga yang hipertensi dengan membatasi diet dan olahraga serta minum obat teratur, memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga dengan hipertensi dan menggunakan pelayanan kesehatan yang ada jika ada kekambuhan pada keluarga yang mengalami CVA (Friedman dalam Irfanita dkk, 2020)

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan pasien CVA Infark di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan pada pasien dengan CVA Infark di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan CVA Infark di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien CVA Infark di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa Keperawatan pasien CVA Infark di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan Asuhan keperawatan pada pasien dengan CVA Infark di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan CVA Infark di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Karya Ilmiah Akhir

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya ilmiah akhir ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya ilmiah akhir secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini :

1. Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian morbidity, disability dan mortalitas pada pasien dengan CVA Infark .

2. Secara Praktis

a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan CVA Infark sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien

yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat di gunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan CVA Infark serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

c. Bagi keluarga dan klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit CVA Infark sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat. Selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien dengan post CVA Infark di rumah agar disability tidak berkepanjangan.

d. Bagi penulis selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan CVA Infark sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

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

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

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

b. Observasi

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

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber data

a. Data Primer

Adalah data yang di peroleh dari pasien.

b. Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

c. Studi kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu :

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

2. Bagian inti meliputi 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

Bab 1 Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.

Bab 2 Tinjauan Pustaka : yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnose CVA Infark

Bab 3 Tinjauan Kasus : Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan

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

Bab 5 Simpulan dan Saran

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan CVA Infark. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit CVA Infark dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Penatalaksanaan dan Evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Anatomi Fisiologi Otak

Otak adalah suatu alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat komputer dari semua alat tubuh. Yang mengatur semua kegiatan di dalam aktivitas tubuh. Berat otak orang dewasa kira-kira 1400 gram mencapai 2% dari keseluruhan berat tubuh, mengkonsumsi 25% oksigen dan menerima 1,5% curah jantung. Setengah padat dan berwarna kelabu kemerahan. Otak dibungkus oleh tiga selaput otak (meningeal) dan dilindungi oleh tengkorak. Otak mengapung dalam suatu cairan untuk menunjang otak yang lembek dan halus. Cairan ini bekerja sebagai penyerap guncangan akibat pukulan dari luar terhadap kepala (Setiadi, 2016). Perkembangan otak terletak pada rongga cranium (Tengkorak) berkembang dari sebuah tabung yang mulanya memperlihatkan tiga gejala pembesaran otak awal, yaitu otak depan, otak tengah dan otak belakang (Satyanegara, 2016)

1. Otak depan sebagai hemisfer serebri, korpus striatum, thalamus serta hipotalamus. Fungsi menerima dan mengintegrasikan informasi mengenai kesadaran dan emosi.
2. Otak tengah, mengkoordinir otot yang berhubungan dengan penglihatan dan pendengaran. Otak ini menjadi tegmentum, krus serebrum, korpus kuadrigeminus.
3. Otak belakang (pons) bagian otak yang menonjol kebanyakan tersusun dari lapisan fiber (berserat) dan termasuk sel yang terlibat dalam pengontrolan pernafasan. Otak belakang ini menjadi :
 - a. Ponsvarali, membantu meneruskan informasi
 - b. Medulla oblongata, mengendalikan fungsi otomatis organ dalam (internal)
 - c. Serebelum, mengkoordinasikan pergerakan dasar

(Setiadi, 2016)

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

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

1. Durameter tertanan sampai ke dalam fisura otak dan terlipat kembali di arahnya untuk membentuk falks serebrum dan tentorium serebelum dan sela diafragma.

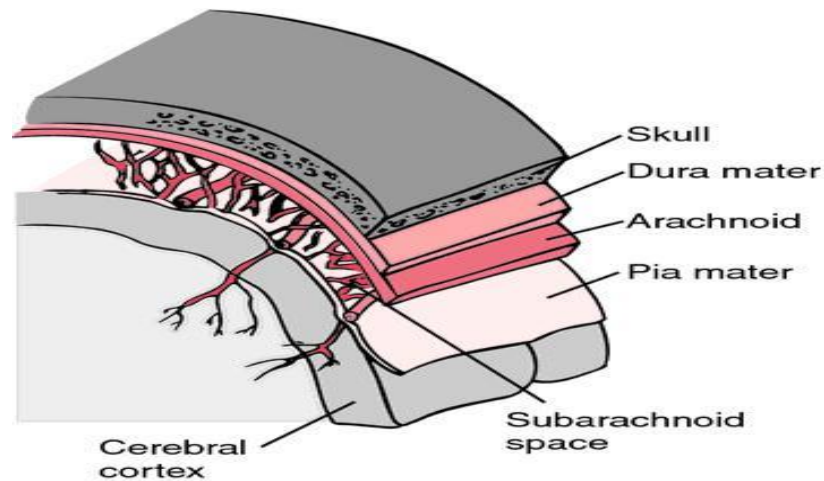
Ruang subdural memisahkan durameter dari araknoid pada regio cranial dan medulla spinalis. Ruang epidural adalah ruang potensial antara periosteal luar dan lapisan meningeal dalam pada durameter di regio medulla spinalis.

2. Araknoid, yaitu bagian yang terletak dibagian eksternal pia meter dan mengandung sedikit pembuluh darah. Ruang araknoid memisahkan lapisan araknoid dari pia meter dan mengandung cairan cerebrospinalis, pembuluh darah serta jaringan penghubung serta selaput yang mempertahankan posisi araknoid terhadap piameter dibawahnya.
3. Piameter, yaitu adalah lapisan terdalam yang halus dan tipis serta melekat erat dalam otak.

(DBS FKUI-RSCM, 2018)

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

adalah suatu tindakan untuk menetapkan diagnose, mengidentifikasi organism penyebab serta dapat untuk melakukan test sensitivitas antibiotika (Amir, 2016)



Gambar 2.1
Pelindung Otak (*copyright pearson education, Inc. Publising as Benjamin cumings: 2003*)

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

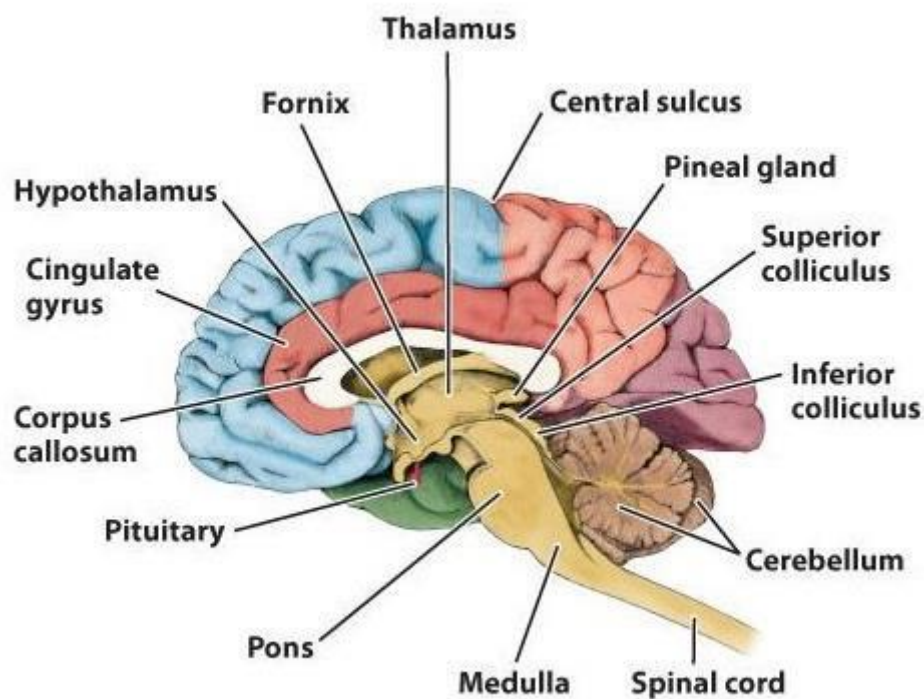
Cairan serebrospinal mempunyai fungsi yaitu :

1. Menyediakan keseimbangan dalam system saraf, dimana unsur – unsur pokok pada cairan serebrospinal berada dalam keseimbangan dengan cairan otak ekstraseluler, jadi mempertahankan lingkungan yang konstan terhadap sel – sel dalam system saraf
2. Menghantar makanan kesistem syaraf pusat
3. Melindungi otak dan sumsum tulang belakang dari goncangan dan trauma.

4. Sebagai buffer
5. Mempertahankan tekanan intracranial. Dengan cara pengurangan cairan serebrospinalis dengan mengalirkan ke luar rongga tengkorak, baik dengan mempercepat pengalirannya melalui berbagai foramina, hingga mencapai sinus venosus atau masuk kedalam rongga subaracnoid lumbal.
6. Mengalirkan bahan – bahan yang tidak diperlukan otak, seperti CO₂, laktat, dan ion hydrogen

(Hamzah, 2018)

Bagian dari otak secara garis besar terdiri dari :



Gambar 2.2
Bagian – Bagian Otak (*copy right pearson education, Inc. Publising as Benjamin Cumings:2003*)

1. Otak besar (cerebrum)

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

- a. Lobus frontalis, menstimulasi pergerakan otot yang bertanggung jawab untuk proses berfikir, pusat fungsi intelektual yang lebih tinggi seperti kemampuan berpikir abstrak dan nalar motoric bicara, pusat penghirup, pusat pengontrolan gerakan volunteer di gyrus presentralis (area motoric primer).
- b. Lobus Parietalis merupakan area sensoris dari otak yang merupakan sensasi perabaan, tekanan, dan sedikit menerima perubahan temperature
- c. Lobus Occipitalis mengandung area visual yang menerima sensasi dari mata, berfungsi sebagai menginterpretasikan dan memproses rangsang penglihatan dari nervus optikus
- d. Lobus temporalis, mengandung area auditori yang menerima sensasi dari telinga dan berperan dalam pembentukan dan perkembangan emosi.
- e. Area khusus otak besar (cerebrum) adalah :
- f. Somatic sensory, area yang menerima implus dari reseptor sensori tubuh yang terdiri dari area sensorik primer, dan visual primer, area auditori primer. Area olfaktori primer dan area pengecap primer.
- g. Primary motor, area yang mengirim implus ke otot skeletal area primar terdapat dalam girus presentral. Disini neuron mengedalikan sisi anterior

2. Otak depan (diachepalon)

Terletak diantara serebrum dan otak tengah yang tersembunyi di balik hemisfer serebral, terletak dibagian atas batang otak didepan mesencephalon yang terdiri dari : (Setiadi, 2016)

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

3. Otak tengah (mesencephalon)

Merupakan bagian otak pendek dan terkonstriksi yang menghubungkan pons dan serebelum dan sereblum

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

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

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

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

7. Otak kecil (cerebellum)

Bagian otak yang terletak dibagian belakang otak besar. Berfungsi sebagai pusat pengaturan koordinasi gerakan yang disadari dan keseimbangan tubuh serta posisi tubuh

(Ramadhan, 2016)

2.1.2 Pengertian Stroke

Stroke adalah kehilangan fungsi otak diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak, biasanya merupakan akumulasi penyakit serebrovaskular selama beberapa tahun (Ariani, 2012). Stroke merupakan sindrom klinis yang timbul mendadak, progresif cepat, serta berupa defisit neurologis lokal dan atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih. Selain itu juga dapat menimbulkan kematian yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non-traumatik (Ariani, 2016)

Cerebral Ventrikular Accident (CVA) infark adalah infark kecil berdiameter kurang dari 15 mm dan dakam yang disebabkan oleh oklusi arteri penetrans. Infark subkortikal tersebut terutama terletak pada ganglia basalis, talamus, kepala interna, korona radiata dan batang otak (Satyanegara, 2016)

2.1.3 Etiologi

Menurut Ariani (2016), stroke biasanya diakibatkan dari salah satu empat kejadian yaitu sebagai berikut :

1. Trombosis serebral.

Arteriosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral yang merupakan penyebab umum dari stroke. Tanda-tanda trombosis serebral bervariasi. Sakit kepala adalah onset yang tidak umum. Beberapa pasien dapat mengalami pusing, perubahan kognitif, atau kejang, dan beberapa mengalami onset yang tidak dapat dibedakan dari hemoragik intraserebral atau embolisme serebral. Secara umum, trombosis serebral tidak terjadi dengan tiba-tiba, dan kehilangan bicara, hemiplegia, atau

parestesia pada setengah tubuh dapat mendahului onset paralisis berat pada beberapa jam atau hari.

2. Embolisme serebral.

Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya sehingga merusak sirkulasi serebral. Onset hemiparisi atau hemipalgia tiba-tiba dengan afasia, tanpa afasia, atau kehilangan kesadaran pada pasien dengan penyakit jantung atau pulmonal adalah karakteristik dari embolisme serebral

3. Iskemia serebral

Iskemia serebral (insufisiensi suplai darah ke otak) terutama karena konstiksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak.

4. Hemoragi serebral.

- a. Hemoragi ekstra dural (hemoragi epidural) adalah kedaruratan bedah neuro yang memerlukan perawatan segera. Keadaan ini biasanya mengikuti fraktur tengkorak dengan robekan arteri tengah dan arteri meninges lain, dan pasien harus diatasi dalam beberapa jam cedera untuk mempertahankan hidup.
- b. Hemoragi subdural pada dasarnya sama dengan hemoragi epidural, kecuali bahwa hematoma subdural biasanya jembatan vena robek. Oleh karena itu, periode pembentukan hematoma lebih lama dan menyebabkan tekanan pada otak. Beberapa pasien mungkin mengalami hemoragi subdural kronik tanpa menunjukkan tanda atau gejala.
- c. Hemoragi subaraknoid dapat terjadi sebagai akibat trauma atau hipertensi, tetapi penyebab paling sering adalah kebocoran aneurisme pada area sirkulus Willisi dan malformasi arterikongenital pada otak.

- d. Hemorahi intra serebral adalah perdarahan substansi dalam otak, paling umum terjadi pada pasien dengan hipertensi dan aterosklerosis serebral disebabkan oleh perubahan degeneratif karena penyakit ini biasa menyebabkan ruptur pembuluh darah. Biasanya onset tiba-tiba dengan sakit kepala berat. Bila hemoragi membesar makin jelas defisit neurologi yang terjadi dalam bentuk penurunan kesadaran dan abnormalitas pada tanda vital.

2.1.4 Klasifikasi

Klasifikasi stroke non hemoragi/iskemi/infark menurut DBS FKUI-RSCM (2018) :

1. Serangan iskemi sepiintas (*Transient Ischemic Attack-TIA*). TIA merupakan tampilan peristiwa berupa episode-episode serangan sesaat dari suatu disfungsi serebral fokal akibat gangguan vaskular, dengan lama serangan sekitar 2-15 menit sampai paling lama 24 jam
2. Defisit Neurologis Iskemik Sepintas (*Reversibel Ischemic Neurology Deficit – RIND*). Tanda dan gejala gangguan neurologis yang berlangsung lebih lama dari 24 jam dan kemudian pulih kembali (dalam jangka waktu kurang dari 3 minggu)
3. *In Evolutional* atau *Progressing Stroke*, gejala gangguan neurologis yang progresif dalam waktu 6 jam atau lebih.
4. Stroke komplet (*Completed Stroke/Permanent Stroke*). Gejala dan gangguan neurologis dengan lesi-lesi yang stabil selama periode waktu 18-24 jam, tanpa adanya progresivitas lanjut.

2.1.5 Manifestasi Klinik

Menurut Tarwoto (2017) manifestasi klinis stroke adalah sebagai berikut :

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.
2. Gangguan stabilitas pada satu atau lebih anggota badan. Gangguan stabilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik
3. Punurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia
4. Afasia (kesulitan dalam berbicara) afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis, memahami bahasa. Afasia ini terjadi jika ada kerusakan area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika pada area broca yang terletak di lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak bisa mengungkapkan dan kesulitan mengungkapkan bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area wernicke yang terletak di daerah temporal. Pada afasia, pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan sehingga bicara tidak

nyambung atau konheren. Pada afasi global pasien dapat merepson pembicaraan baik menerimamaupun merespon mengungkapkan pembicaraan

5. Disatria (bicara cadel atau pelo) merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disatria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga erjadi kelemahan dari otot bibir,lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalm memngunyah.
6. Gangguan penglihatan, diplopia.pasien dapat mengalami gangguan penglihatan atau pandnagn menjadi ganda. Hal ini terjdi karena kerusakan pada lobus temporal atau pariental yang dapat menghambat saraf optic pada korteks oksipital.
7. Disfagia, atau kesulitan menelan terjadi karena kersalakan nervus IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esofagus
8. Inkontinensia,baik bowel maupun bladder sering terjadi karena hal ini terjadi terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel
9. Vertigo, mual, muntal dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial,edema serbri

2.1.6 Patofisiologi

Otak kita sangat sensitif terhadap kondisi penurunan atau hilangnya suplai darah. Hipoksia dapat menyebabkan iskemik serebral karena tidak seperti jaringan pada bagian tubuh lain, misalnya otot, otak tidak bisa menggunakan metabolisme

anaerobik jika terjadi kekurangan oksigen atau glukosa. Otak diperfusi dengan jumlah yang cukup banyak dibanding dengan organ lain yang kurang vital untuk mempertahankan metabolisme serebral. Iskemik jangka pendek dapat mengarah kepada penurunan sistem neurologis sementara atau TIA. Jika aliran darah tidak diperbaiki, terjadi kerusakan yang tidak dapat diperbaiki, terjadi kerusakan yang tidak dapat diperbaiki pada jaringan otak atau infark bergantung pada lokasi dan ukuran arteri yang tersumbat dan kekuatan sirkulasi kolateral ke arah yang disuplai (Tarwoto, 2017).

Iskemik dengan cepat bisa mengganggu metabolisme. Kematian sel dan perubahan yang permanen dapat terjadi dalam waktu 3-10 menit. Tingkat oksigen dasar klien dan kemampuan mengkompensasi menentukan seberapa cepat perubahan-perubahan yang tidak bisa diperbaiki akan terjadi. Aliran darah dapat terganggu oleh masalah perfusi lokal, seperti pada stroke atau gangguan stroke secara umum, misalnya pada hipotensi atau henti jantung. Tekanan perfusi serebral harus turun dua pertiga bawah nilai norma (nilai tengah tekanan arterial sebanyak 50 mmHg atau dibawahnya dianggap nilai normal) sebelum otak tidak menerima aliran darah yang adekuat. Dalam waktu yang singkat, klien yang sudah kehilangan kompensasi autoregulasi akan mengalami manifestasi dari gangguan neurologis (Satyanegara, 2016).

Penurunan perfusi serebral biasanya disebabkan oleh sumbatan di arteri serebral atau perdarahan intraserebral. Sumbatan yang terjadi mengakibatkan iskemik pada jaringan otak yang mendapatkan suplai dari darah arteri yang terganggu dan karena adanya pembengkakan di jaringan sekelilingnya. Sel-sel dibagian tengah atau utama pada lokasi stroke akan mati dengan segerasetelah

kejadian stroke terjadi. Hal ini dikenal dengan istilah cedera sel-sel saraf primer (primary neuronal injury). Daerah yang mengalami hipoperfusi juga terjadi disekitar bagian utama yang mati. Bagian ini disebut penumbra ukuran dari bagian ini tergantung pada sirkulasi kolateral yang ada. sirkulasi kolateral merupakan gambaran pembuluh darah yang memperbesar sirkulasi pembuluh darah utama dari Perbedaan ukuran dan jumlah pembuluh darah kolateral dapat menjelaskan tingkat keparahan manifestasi stroke yang dialami klien (Amir, 2016)

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi stroke menurut Ariani (2016) adalah sebagai berikut :

1. Komplikasi dini (0 - 48jam pertama).
 - a. Edema serebri
Defisit neurologis cenderung memberat, dapat mengakibatkan tekanan intrakranial, herniasi dan akhirnya menimbulkan kematian.
 - b. Infark miokard
Penyebab kematian mendadak pada stroke stadium awal
2. Komplikasi jangka pendek (1-14 hari pertama).
 - a. Pneumonia: akibat mobilisasi lama.
 - b. Infark miokard.
 - c. Emboli paru: cenderung 7 – 14 hari pasca stroke, seringkali pada saat penderita mulai mobilisasi.
 - d. Stroke rekuren : dapat terjadi setiap saat.
3. Komplikasi jangka Panjang

Stroke rekuren, infark miokard, gangguan vaskuler lain: penyakit vaskuler perifer.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Ariani (2016) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita stroke adalah sebagai berikut :

1. CT scan bagian kepala.

Pada stroke non-hemoragik terlihat adanya infark, sedangkan pada stroke hemoragik terlihat perdarahan.

2. Pemeriksaan lumbal pungsi.

Pada pemeriksaan lumbal pungsi untuk pemeriksaan diagnostik diperiksa kima sitologi, mikrobiologi, dan virologi. Disamping itu, dilihat pula tetesan cairan serebrospinal saat keluar baik kecepatannya, kejernihannya, warna, dan tekanan yang menggambarkan proses terjadi di intraspinal. Pada stroke non-hemoragik akan ditemukan tekanan normal dari cairan serebrospinal jernih. Pemeriksaan fungsi sisternal dilakukan bila tidak mungkin dilakukan pungsi lumbal. Prosedur ini dilakukan dengan superfisi neurolog yang telah berpengalaman.

3. Elektro kardiografi (EKG).

Untuk mengetahui keadaan jantung dimana jantung berperan dalam suplai darah ke otak.

4. Elektro Encephalografi.

Elektro encephalografi mengidentifikasi masalah berdasarkan gelombang otak, menunjukkan area lokasi secara spesifik

5. Pemeriksaan darah.

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui keadaan darah, kekentalan darah, jumlah sel darah, penggumpalan trombosit yang abnormal, dan mekanisme pembekuan darah.

6. Angiografi serebral

Pada serebral angiografi membantu secara spesifik penyebab stroke seperti perdarahan atau obstruksi arteri, memperlihatkan secara tepat letak oklusi atau ruptur.

7. Magnetik resonansi imajinasi (MRI).

Menunjukkan darah yang mengalami infark, hemoragi, malformasi arterioir vena (MAV). Pemeriksaan ini lebih canggih dari CT scan.

8. Ultrasasonografi dopler

Ultrasasonografi dopler dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyakit

2.2 Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan untuk mengenal masalah klien, agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, pengelompokan data dan merumuskan tindakan keperawatan (Tarwoto, 2017)

1. Pengumpulan Data

Tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data

untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Data yang di kumpulkan dalam pengkajian ini meliputi bio-psiko-spiritual. Dalam proses pengkajian ada dua tahap yang perlu di lalui yaitu pengumpulan data dan analisa data.

a. Identitas Klien

Usia diatas 55 tahun merupakan resiko tinggi terjadinya stroke, jenis kelamin laki – laki lebih tinggi 30 % di bandingkan wanita, kulit hitam lebih tinggi angka kejadiannya.

b. Keluhan Utama

Keluhan yang di dapatkan adalah gangguan motoric kelemahan anggota gerak setelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi , nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan , rasa lemah pada anggota gerak. Serangan stroke hemoragik sering sekali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpukan atau gangguan fungsi otak yang lain

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipetensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes militus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang

lama. Penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilator obat-obat adiktif dan kegemukan

e. Pemeriksaan Fisik

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

1) B1 (Breathing)

Inspeksi biasanya didapatkan pasien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sekret.

2) B2 (Blood)

Pengkajian pada sistem 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).

3) B3 (Brain)

Menurut (Ariani, 2012) pasien stroke perlu dilakukan pemeriksaan lain seperti tingkat kesadaran, kekuatan otot, tonus otot, serta pemeriksaan radiologi dan laboratorium. Pada pemeriksaan tingkat kesadaran dilakukan pemeriksaan yang dikenal sebagai *Glascow Coma Scale* (GCS) untuk mengamati pembukaan kelopak mata, kemampuan bicara, dan tanggap motorik (gerakan). Menurut

(Ariani, 2012) evaluasi masing-masing Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) menggunakan skala sebagai berikut. Mandiri keseluruhan 0, Memerlukan alat bantu 1, Memerlukkan bantuan minimal 2, Memerlukan bantuan dan/atau beberapa pengawasan 3, Memerlukan pengaasan keseluruhan 4, Memerlukkan bantuan total

5. Fungsi – Fungsi Saraf Kranial :

- a) Nervus Olfaktorius (N.I) : Penciuman
- b) Nervus Optikus (N.II) : ketajaman penglihatan, lapang pandang
- c) Nervus Okulomotorius (N.III): reflek pupil, otot ocular, eksternal termasuk otosis dilatasi pupil
- d) Nervus Troklearis (N.IV) : gerakan ocular menyebabkan ketidakmampuan melihat kebawah dan kesamping.
- e) Nervus Trigemini (N.V): fungsi sensori, reflek kornea, kulit wajah dan dahi, mukosa hidung dan mulut, fungsi motoric, reflek rahang.
- f) Nervus Abdusen (N.VI) : gerakan ocular, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan ke bawah dan ke samping
- g) Nervus Fasialis (N.VII) : fungsi motoric wajah bagian atas dan bawah, kerusakan akan menyebabkan asimetris wajah dan poresis.
- h) Nervus Akustikus (N.VII) : Tes saraf koklear, pendengaran, konduksi udara dan dan tulang
- i) Nervus Glosfaringeus (N.IX) : reflek gangguan faringeal

- j) Saraf fagus (N.X) : Bicara
- k) Nervus Aesorius (N.XI) : kekuatan otot trapezius dan sternocleidomastoid, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan mengangkat bahu.
- l) Nervus Hipoglosus (N.XII) : fungsi motoric lidak, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan menjulurkan dan menggerakkan lidah.

4) 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 berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

5) B5 (Bowel)

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

6) B6 (Bone)

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 maka turgor kulit akan buruk. Adanya kesulitan untuk beraktifitas kerana kelemahan, kehilangan sensoria tau patalise atau hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktifitas dan istirahat.

(Tarwoto, 2017)

2.2.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Jahromi, 2016)

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan analisa dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnose keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata (actual) dan kemungkinan akan terjadi (potensial) dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat. Maupun diagnosa yang muncul adalah Diagnosa Keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) :

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Edema serebral (stroke iskemik) (D.0066).
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, kelemahan, parestesia, paralisis (D.0054).
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neurosmuskular, kelemahan umum (D.0119).
4. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi (D.0085)
5. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan kelemahan otot menelan dan mengunyah (D.0032)

2.2.4 Perencanaan

Rencana asuhan keperawatan merupakan mata rantai antara penetapan kebutuhan klien dan pelaksanaan keperawatan. Dengan demikian perencanaan asuhan keperawatan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnose keperawatan. Rencana asuhan keperawatan disusun dengan melibatkan klien secara optimal agar dalam pelaksanaan asuhan keperawatan terjalin suatu kerja sama yang saling membantu dalam proses tujuan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien. Rencana keperawatan dari diagnosa keperawatan diatas adalah:

1. Diagnosa keperawatan 1

Penurunan kapasitas adaptif intrakranial Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Edema serebral (stroke iskemik) (D.0066).

a. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kapasitas adaptif intracranial meningkat (L.06049).

b. Kriteria hasil :

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Fungsi kognitif meningkat
- 3) Sakit kepala menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Tekanan darah membaik
- 6) Tekanan nadi membaik
- 7) Pola nafas membaik
- 8) Respon pupil membaik
- 9) Refleks neurologis membaik

10) Tekanan Intrakranial membaik

c. Intervensi :

Manajemen Peningkatan Intrakranial (1.06194)

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan tik
- 2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK
- 3) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- 4) Berikan posisi semi fowler
- 5) Cegah terjadinya kejang

- 6) Pertahankan suhu tubuh normal
- 7) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu
- 8) Kolaborasi pemberian diuretic, jika perlu

2. Diagnosa keperawatan 2

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, kelemahan, parestresia, paralisis (D.0054).

a. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042).

b. Kriteria hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Nyeri menurun
- 5) Kecemasan menurun
- 6) Kaku sendi menurun
- 7) Kelemahan fisik menurun

c. Intervensi :

Dukungan ambulasi (1.06171)

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
- 4) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu
- 5) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu

- 6) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
- 7) Ajarkan ambulasi sederhana

Dukungan mobilisasi (1.05173)

- 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) Ajarkan mobilisasi sederhana

3. Diagnosa keperawatan 3

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neurosmuskular, kelemahan umum (D.0119).

a. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat (L.13118).

b. Kriteria hasil :

- 1) Kemampuan berbicara meningkat
- 2) Kemampuan mendengar meningkat
- 3) Kontak mata meningkat
- 4) Afasia menurun
- 5) Disfasia menurun
- 6) Apraksia menurun
- 7) Disleksia menurun
- 8) Pelo menurun
- 9) Gagap menurun
- 10) Respon perilaku membaik

11) Pemahaman komunikasi membaik

c. Intervensi :

Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (1.13492)

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara
- 2) Monitor kognitif, anatomis, fisiologis dengan bicara
- 3) Gunakan metode komunikasi alternative
- 4) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan
- 5) Ulangi apa yang disampaikan pasien
- 6) Berikan dukungan psikologis
- 7) Anjurkan berbicara perlahan
- 8) Rujuk ke ahli patologi atau terapis

Promosi Komunikasi : Defisit Pendengaran (1.13493)

- 1) Periksa kemampuan pendengaran
- 2) Monitor akumulasi serumen berlebihan
- 3) Gunakan bahasa sederhana
- 4) Fasilitasi penggunaan alat bantu dengar
- 5) Pertahankan kontak mata saat komunikasi
- 6) Hindari kebisingan saat komunikasi

(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

2.2.4 Pelaksanaan

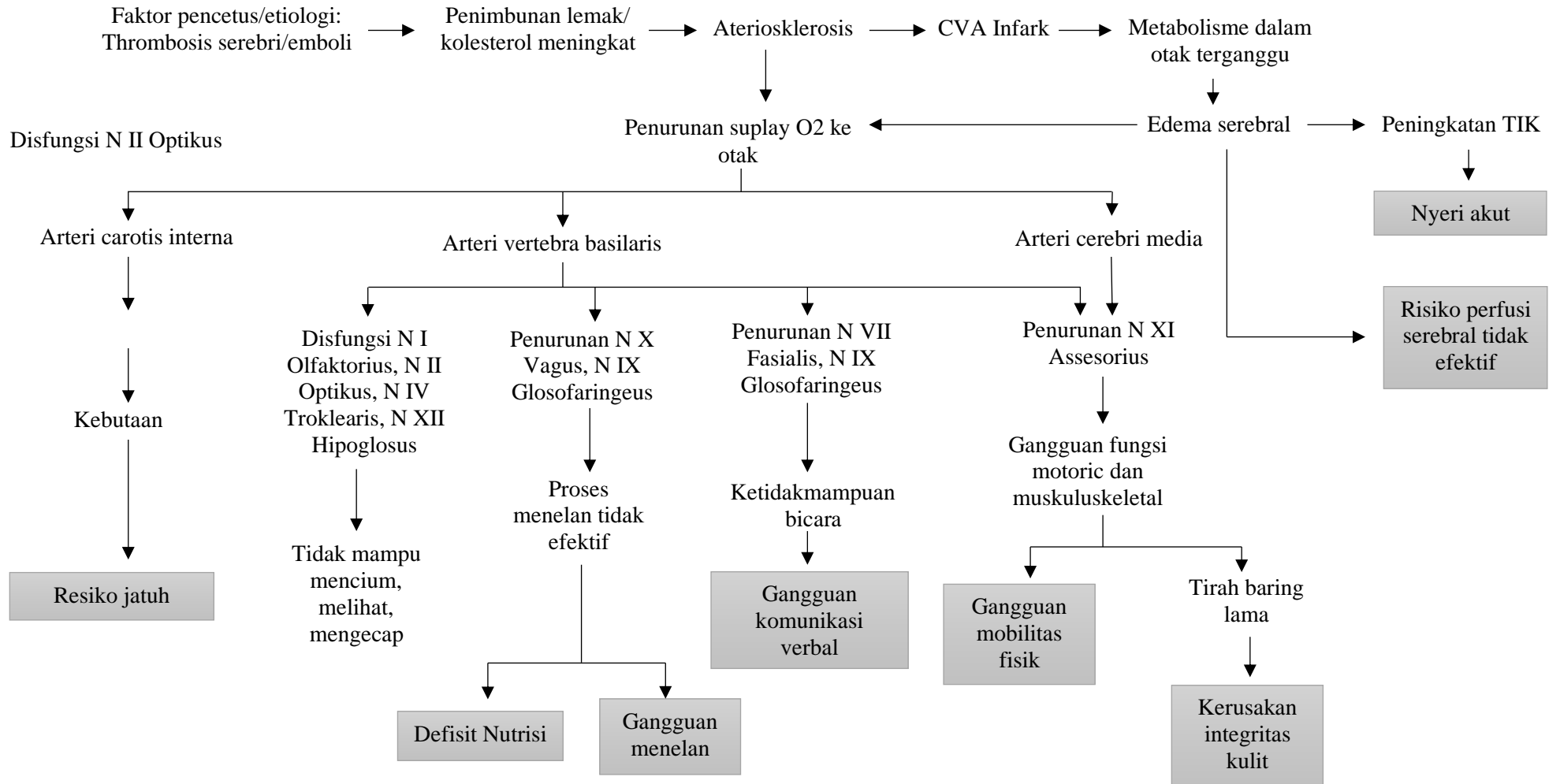
Tahap ini di lakukan pelaksanaan dan perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal.

Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Padila, 2013)

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus-menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukan (Padila, 2013)

2.3 Web of Caution



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Dasar

Pasien adalah seorang perempuan bernama Tn “E” usia 50 tahun, beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia, pasien anak ke tiga dari empat bersaudara, pasien memiliki seorang istri dan 2 orang anak, pekerjaan sebagai TNI AL, dan berdomisili di Surabaya. Nomor register 56-22-xx. Pasien dirawat dengan diagnosa CVA Infark dan DM tipe 2

Keluhan utama masuk rumah sakit adalah keluarga mengatakan pasien kesulitan bicara. Keluarga mengatakan pasien jatuh dari sepeda pada hari minggu setelah melakukan kegiatan *cafreeday* kemudian lemas, lalu oleh keluarga di bawa ke RSAL Surabaya masuk IGD pada tanggal 10 Juli 2021. Pada waktu di IGD pasien mendapatkan observasi yaitu TTV, EKG, pengecekan DL, KK, SE dan photo thorax, terpasang infus dengan cairan natrium sodium dan terapi obat Cilotaszol 2x100mg, Anemolat 1x1mg, Grahabion 1x100mg dan Injeksi Furamin 3x10ml.

Kemudian pasien dipindahkan ke pav 7 pada jam 05.30 WIB dengan kesadaran *compos mentis*, GCS E4, VX, M6, TD : 145/76 mmHg, Suhu 36,6°C, SPO2 99% dengan O2 nasal 3 lpm.

Pada saat pengkajian tanggal 12 Juli 2021 pukul 14.00, Keadaan umum cukup, Kesadaran compos mentis, GCS 4X6, CRT >2detik, keluarga pasien mengatakan pasien masih kesulitan bicara.. Pasien mendapat terapi Cilotaszol 2x100mg, Anemolat 1x1mg, Grahabion 1x100mg, Injeksi Furamin 3x10ml, dan Novorapid 3x6ui. TD : 150/90 mmHg, HR 86x/menit, Suhu 36,7°C, RR 16 x/menit, SPO2 99% dengan O2 nasal 3 lpm.

Keluarga mengatakan pasien pernah mengalami penyakit DM tipe 2 dan HT sejak tahun 2009. Pasien dirumah biasanya mengkonsumsi obat Cilotaszol 2x100mg, Anemolat 1x1mg, Grahabion 1x100mg. Pasien juga sudah pernah 3x rawat inap di RSAL Surabaya. Keluarga mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit Stroke (-), DM (+), HT (+). Pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap obat – obatan maupun makanan.

3.1.2 Pemeriksaan Fisik

Pasien mengalami kesulitan bicara dan sedikit sulit menelan. Tanda – tanda vital pasien tekan darah 150/90, nadi 86x/menit, RR 16 x/menit, SPO2 98% dengan O2 nasal 3 lpm, suara nafas vesikuler, tidak ada tarikan dinding dada, rhonchi -/-, wezhing -/-, suara jantung 1 dan 2 tunggal, tidak ada gallop dan murmur, sianosis tidak ada, CRT <3 dtk, perut datar, tidak asites, lembek, bising usus normal 14 x/mnt, tidak ada jejas, tidak terpasang kateter, BAB dan BAK lancar, genitalia bersih, kekuatan otot Ekstermitas atas : kanan (4), kiri (4) , Ekstermitas bawah : kanan (4), kiri (4), Saat dilakukan pemeriksaan GCS 4X6, kesadaran compos mentis, pupil isokor, refrek cahaya +/+, reflek biceps: reflek positif, reflek triceps: reflek positif, reflek patella: reflek positif, reflek kaku kuduk: reflek negatif, reflek bruzinski I: reflek negatif, reflek bruzinski II: reflek negatif, reflek kernig:

reflek negatif, NI: pasien bisa membedakan bau, NII: pasien mampu membuka mata dengan baik namun fungsi penglihatan pasien agak kabur jika dibuat membaca, NIII: pasien mampu menggerakkan bola mata ke bawah dan kedalam, NIV & NVI: pasien mampu melakukan pergerakan lapang pandang, NV: pasien mampu untuk makan, namun perlahan, NVII: pasien mampu menggerakkan otot wajah. NIX & NX: pasien kesulitan saat berbicara, NXI: pasien tidak mengalami kelemahan pada ekstermitas atas dan bawah, NXII: pasien mampu menjulurkan lidah.

Pemeriksaan laboratorium tanggal 11 Juli 2021 pukul 04:54: 53 Gula darah 258 mg/dL (74,0-106.0). Tanggal 11 Juli 2021 pukul 10:22:07 Gula darah 2JPP 172 mg/dL (<120.0). Tanggal 12 Juli 2021 Gula darah acak 436 mg/dL (<200).

Terapi Infus Sodium Chloride 3000cc/24 jam (14 tpm), Injeksi Furamin 10ml (3x1 amp), Injeksi Methycobal 500mcg (1x1 amp), Tab Cilostazol 100 mg (2x1), PO Anemolat 1mg (2x1), dan Novorapid (SC) 3x6 ui

3.1.3 Pengkajian

1. Oksigenasi

Saat dilakukan pemeriksaan didapatkan jalan nafas paten, pola nafas reguer. Bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, RR 16 x/menit, tidak ada otot bantu nafas tambahan, vocal fremitus terasa bergetar pada bagian kanan dan kiri, dan tidak ada batuk

2. Nutrisi

Mulut lembab, mulut bersih, diet nasi tim, tidak ada oedem pada abdomen, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada diare, tidak ada nyeri tekan pada abdomen. Bising usus 12 x/menit. Hasil laboratorium tanggal 11 Juli 2021

pukul 04:54: 53 Gula darah 258 mg/dL (74,0-106.0). Tanggal 11 Juli 2021
pukul 10:22:07 Gula darah 2JPP 172 mg/dL (<120.0). Tanggal 12 Juli 2021
Gula darah acak 436 mg/dL (<200).

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 (+), tidak teraba massa di abdomen bawah, bising usus baik 12 x/mnt

4. Aktivitas dan Istirahat

Keadaan umum lemah, kekuatan otot Ekstermitas atas : kanan (4), kiri (4) , Ekstermitas bawah : kanan (4), kiri (4), aktifitas dilakukan ditempat tidur, dibantu oleh perawat dan keluarga.

5. Proteksi

Kulit bersih, tidak ada lesi.

6. Sensori

Tidak ada gangguan lapang pandang, pandangan kabur saat melihat jarak dekat.

7. Cairan dan elektrolit

Terapi Infus Sodium Chloride 3000cc/24 jam (14 tpm), Injeksi Furamin 10ml (3x1 amp), Injeksi Methycobal 500mcg (1x1 amp), Tab Cilostazol 100 mg (2x1), PO Anemolat 1mg (2x1), dan Novorapid (SC) 3x6 ui. tekan darah 150/90, nadi 86x/menit, RR 16 x/menit, SPO2 98% dengan O2 nasal 3 lpm. Hasil laboratorium tanggal 11 Juli 2021 pukul 04:54: 53 Gula darah 258 mg/dL (74,0-106.0). Tanggal 11 Juli 2021 pukul 10:22:07 Gula darah 2JPP 172 mg/dL (<120.0). Tanggal 12 Juli 2021 Gula darah acak 436 mg/dL (<200).

8. Fungsi persyarafan

GCS E4VXM, orientasi lingkungan kurang baik, kesadaran compos mentis, pupil isokor, refleks cahaya +/+, refleks biceps: refleks positif, refleks triceps: refleks positif, refleks patella: refleks positif, Pemeriksaan nervus cranial N I (olfaktorius) ; tidak ada gangguan pembauan, N II (optikus); ketajaman mata baik, lapang pandang baik tidak ada gangguan, N III, IV dan VI (okulomotorikus, toklearis, abduksen) ; tidak ditemukan adanya gangguan gerak kelopak mata, konstriksi pupil baik, rotasi baik. N V (trigeminal) sensasi wajah tidak ada gangguan, mampu merasakan sentuhan dengan baik, baal tidak ada. N VII (fasial) : wajah simetris, tidak ada mencong. NVIII (vestibulokoklear); pendengaran baik, tes tunjuk hidung baik. NIX (glossofarangeal); pengecapan baik, NX (vagus) refleks menelan baik, palatum mole ditengah. N XI (aksesoris); pasien mampu mengangkat bahu dan *sternokliedomastoid* baik, NXII(hipoglossus) ; gerakan lidah kurang baik, kesulitan saat menjulurkan lidah.

9. Fungsi endokrin

Tidak ditemukan tanda-tanda diabetes, tidak ditemukan tanda banyak makan, banyak minum dan banyak kencing, tidak ditemukan rasa haus berlebihan

a. Pengkajian konsep diri

Pasien merasa resah dengan keadaannya saat ini, tetapi dapat menerima keadaannya, karena ini merupakan cobaan dari tuhan. pasien kooperatif selama menjalani perawatan, pasien ingin cepat sembuh, dan selalu berdoa dengan keyakinan agama Islam.

b. Pengkajian Fungsi peran

Pasien saat ini tidak bisa bekerja karena harus menjalani perawatan di rumah sakit, peran sebagai pencari nafkah tidak bisa, biaya diserahkan pada ke dua anaknya. Pasien tidak memperlumaskan masalah biaya dan pekerjaan.

c. Adaptasi interdependensi

Pasien mendapat dukungan dari seluruh keluarganya, keluarga saling bergantian menunggunya, istrinya sangat memperhatikan pasien dan memenuhi kebutuhan pasien. Keluarga terlibat aktif dalam proses perawatan dan kooperatif. Hubungan dengan perawat dan pasien lain juga baik.

3.2 Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian pasien didapatkan diagnose keperawatan, yaitu :

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia. Ditandai dengan keluarga mengatakan pasien pernah mengalami penyakit DM tipe 2, Pasien sering mengantuk, hasil GDA 436 mg/dL.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromukuler. Ditandai dengan keluarga mengatakan semua aktifitas di bantu, pasien susah bergerak, pasien mengatakan tangan dan kaki kiri susah untuk di gerakan, pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur, pasien tampak gerak terbatas, kekuatan otot pasien tampak sendi kaku.
- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf cranial. Ditandai dengan keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan bicara, pasien terlihat afasia.

3.3 Tujuan Keperawatan

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia. Tujuan jangka panjang pasien dan keluarga mampu mengontrol glukosa darah secara mandiri. Tujuan jangka pendek kadar glukosa darah stabil

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuskuler. Tujuan jangka Panjang pasien dapat melakukan mobilitas fisik secara mandiri. Tujuan jangka pendek mobilitas fisik meningkat.
- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf cranial. Tujuan jangka Panjang pasien dapat melakukan komunikasi verbal dengan baik. Tujuan jangka pendek kemampuan bicara meningkat.

3.4 Implementasi dan Evaluasi

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia. SDKI adalah variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal.

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 12 Juli 2021. Implementasi untuk menstabilkan kadar glukosa darah adalah : 1) Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu, 2) Memonitor intake dan output cairan, 3) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, 4) Memonitor kadar glukosa darah, 5) Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuri, polidipsia, polivagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), 7) Berikan asupan cairan oral, 8) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, 9) Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan), 10) Mengkolaborasikan pemberian insulin.

Evaluasi tanggal 12 Juli 2021 didapatkan keluarga pasien mengatakan pasien sering mengantuk dan sering merasa haus. Pada jam 08.00 GDS : 103 mg/dl dan Jam 16.00 GDS : 220 mg/dl. Kesadaran composmentis E4 VX M6, pasien masih kesulitan berbicara dan menjulurkan lidah. Ma/mi (+) diit HT nasi tim dan air mineral. TD 154/89 mmHg, HR 98, Suhu 36,4 °C.

Evaluasi tanggal 13 Juli 2021 didapatkan keluarga pasien mengatakan pasien sering mencoba berlatih komunikasi. Pada jam 08.00 GDA : 240 mg/dl dan Jam 18.00 GDA: 200 mg/dl. Kesadaran composmentis E4 VX M6, pasien masih kesulitan berbicara dan menjulurkan lidah. Ma/mi (+) diit HT nasi tim dan air mineral. TD 124/76 mmHg, HR 98, Suhu 36,3 °C

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromukuler. SDKI adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dri satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 12 Juli 2021. Implementasi untuk meningkatkan mobilitas fisik adalah : 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, 3) Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, 4) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 5) Melibatkan kelurga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, 6) Menganjurkan melakukan mobilisasi dini, 7) Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur).

Evaluasi tanggal 12 Juli 2021 didapatkan keluarga pasien mengatakan pasien berlatih miring kanan kiri tiap 2 jam secara mandiri, pasien tampak

dibantu oleh keluarga saat makan. Kesadaran composmentis E4 VX M6, pasien masih kesulitan berbicara dan menjulurkan lidah. Ma/mi (+) diit HT nasi tim dan air mineral. TD 154/89 mmHg, HR 98, Suhu 36,4 °C.

Evaluasi tanggal 13 Juli 2021, keluarga pasien mengatakan pasien sering melakukan aktifitas ringan seperti duduk di atas tempat tidur, pasien tampak sering melakukan mobilisasi ringan seperti duduk diatas tempat tidur, pasien tampak dibantu oleh keluarga saat makan. Kesadaran composmentis E4 VX M6, pasien masih kesulitan berbicara dan menjulurkan lidah. Ma/mi (+) diit HT nasi tim dan air mineral. TD 124/76 mmHg, HR 98, Suhu 36,3 °C

- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf cranial. SDKI adalah penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan symbol. Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 12 Juli 2021. Implementasi untuk meningkatkan kemampuan komunikasi verbal adalah : 1) Memonitor kecepatan,tekanan, kuantitas volume,dan diksi bicara 2) Memonitor proses kognitif,anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara(mis,memori,pendengaran dan bahasa), 3) Memonitor frustrasi,marah depresi atau hal lain yang mengganggu bicara, 4) Mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, 5) Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan, 6) Menganjurkan berbicara perlahan.

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis CVA Infark di RSPAL Dr.Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

4.1.1 Identitas Klien

Pasien adalah seorang perempuan bernama Tn “E” usia 50 tahun, beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia, pasien anak ke tiga dari empat bersaudara, pasien memiliki seorang istri dan 2 orang anak, pekerjaan sebagai TNI AL, dan berdomisili di Surabaya. Menurut Sarwono (dalam Isdar, 2020) penelitian prevalensi stroke lebih tinggi pada pria sebesar 59,8% dibanding wanita. Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian menurut Wahjoepramono (2018), dijelaskan kaum pria lebih besar risikonya untuk terserang stroke daripada wanita yang belum menopause dikarenakan wanita memiliki hormon estrogen yang dapat melindungi elastisitas pembuluh darah. menopause, risiko untuk terserang stroke pada wanita kurang lebih sama dengan pria. Penelitian tersebut juga didukung oleh dr. Wening Sari, M.Kes, dr. Lili Indriawati, M.Kes, dan Catur Setia Dewi (2017) dalam buku “Stroke: Cegah dan Obati Sendiri”, juga dijelaskan bahwa stroke lebih rentan dialami oleh pria. Persentasenya, stroke menyerang pria 19 persen lebih banyak dibanding wanita. Faktor jenis kelamin tersebut termasuk faktor yang tidak dapat dikontrol atau tidak bisa dimodifikasi. Oleh sebab itu, wajar

jika para pria dianjurkan untuk lebih mewaspadaikan serangan stroke. Seiring bertambahnya usia, risiko seseorang terkena stroke juga meningkat. Risiko tersebut setidaknya bisa meningkat setelah usia 55 tahun.

4.1.2 Keluhan dan Riwayat Penyakit

Keluarga mengatakan pasien kesulitan bicara. Menurut dr Roslan Yusni Hasan, Sp.BS (2018) dalam buku “Ketahanan Hidup Setahun Pasien Stroke” , stroke adalah kondisi ketika pasokan darah ke otak terganggu atau berkurang, yang dapat disebabkan oleh berbagai hal. Mulai dari penyumbatan (stroke iskemik), hingga pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Hal ini menyebabkan terjadinya berbagai gejala dan gangguan dalam fungsi tubuh salah satunya gangguan bicara pada stroke terjadi karena terserangnya saraf pusat otak, yang biasa disebut dengan istilah afasia.

Riwayat Penyakit Sekarang, keluarga mengatakan pasien jatuh dari sepeda pada hari minggu setelah melakukan kegiatan *cafreeday* kemudian lemas, lalu oleh keluarga di bawa ke RSAL Surabaya masuk IGD pada tanggal 10 Juli 2021. Pada waktu di IGD pasien mendapatkan observasi yaitu TTV, EKG, pengecekan DL, KK, SE dan photo thorax, terpasang infus dengan cairan natrium sodium dan terapi obat Cilosazol 2x100mg, Anemolat 1x1mg, Grahabion 1x100mg dan Injeksi Furamin 3x10ml. Kemudian pasien dipindahkan ke pav 7 pada jam 05.30 WIB dengan kesadaran *compos mentis*, GCS E4, VX, M6, TD : 145/76 mmHg, Suhu 36,6°C, SPO2 99% tanpa bantuan alat bantu pernafasan. Pada saat pengkajian tanggal 12 Juli 2021 pukul 14.00, Keadaan umum cukup, Kesadaran *compos mentis*, GCS 4X6, CRT >2detik, keluarga pasien mengatakan pasien masih

kesulitan bicara.. Pasien mendapat terapi Cilotaszol 2x100mg, Anemolat 1x1mg, Grahabion 1x100mg, Injeksi Furamin 3x10ml, dan Novorapid 3x6ui. TD : 150/90 mmHg, HR 86x/menit, Suhu 36,7°C, SPO2 99% tanpa bantuan alat bantu pernafasan. Hal ini sesuai dengan dengan penelitian Boehme, Esenwa, & Elkind (2017), bahwa stroke adalah manifestasi klinis akut akibat disfungsi neurologis pada otak, medulla spinalis dan retina baik sebagian atau menyeluruh yang menetap selama ≥ 24 jam atau menimbulkan kematian karena gangguan pembuluh darah, salah satu akibatnya adalah paralisis. Paralisis adalah kondisi lumpuh karena gangguan pada saraf yang berperan dalam mengatur gerakan otot tubuh. Paralisis membuat anggota tubuh tidak bisa digerakkan. Paralisis berdampak besar pada hidup karena bisa membuat disabilitas dalam kehidupan sehari-hari. Kelumpuhan akibat paralisis bisa terjadi pada salah satu area tubuh dan bisa juga terjadi secara menyeluruh. Keadaan ini juga bisa terjadi secara mendadak atau perlahan-lahan dan menyebar (Boehme dkk, 2017).

Riwayat penyakit dahulu, keluarga mengatakan pasien pernah mengalami penyakit DM tipe 2 dan HT sejak tahun 2009. Pasien dirumah biasanya mengkonsumsi obat Cilotaszol 2x100mg, Anemolat 1x1mg, Grahabion 1x100mg. Pasien juga sudah pernah 3x rawat inap di RSAL Surabaya.

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik di dapatkan beberapa masalah yang bisa di pergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun yang masih resiko. Adapun pemeriksaan dilakukan berdasarkan persistem seperti tersebut dibawah ini :

1. B1 (Breathing)

Saat dilakukan pemeriksaan didapatkan jalan nafas paten, pola nafas reguer. Bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, RR 16 x/menit, tidak ada otot bantu nafas tambahan, vocal fremitus terasa bergetar pada bagian kanan dan kiri, dan tidak ada batuk. Menurut penelitian Ismawari (dalam Isdar, 2020), kerusakan sistem pernapasan terjadi ketika stroke menyerang bagian otak yang mengontrol proses menelan makanan yang disebut disfagia alias gangguan menelan yang dapat berdampak makanan dan cairan dapat masuk ke saluran napas dan menetap di paru-paru, sehingga meningkatkan risiko terjadinya pneumonia aspirasi. Stroke yang menyerang batang otak juga menyebabkan masalah pernapasan, bahkan pada kasus yang lebih parah seperti koma dan kematian karena batang otak memiliki berperan penting dalam proses bernapas, detak jantung, dan suhu tubuh (dr. Wening Sari, M.Kes, dr. Lili Indriawati, M.Kes, dan Catur Setia Dewi, 2017).

2. B2 (Blood)

Saat dilakukan pemeriksaan, tidak terdapat nyeri dada. Tekanan darah 130/82 mmHg, nadi 86 x/menit, CRT (*Capillary Refill Time*) >3 detik, akral teraba dingin, dan pucat. Terdengar S1 S2 tunggal lup dup. Menurut penelitian Bowman (dalam Nurhidayah, 2020) penyebab CVA Infark adalah aterosklerosis. Aterosklerosis yaitu pembuluh darah arteri mengeras dan kaku, sehingga mengganggu aliran darah ke organ dan jaringan tubuh. Aterosklerosis terjadi karena penumpukan kolesterol, kalsium, dan jaringan ikat di dinding arteri akibat proses peradangan (Zulfikar dalam Yullizar, 2020). Faktor-faktor yang meningkatkan risiko terjadinya aterosklerosis, yakni tekanan darah tinggi,

merokok, obesitas, dan diabetes. Pada tahap awal, aterosklerosis umumnya tidak menimbulkan gejala, kemudian kondisi ini lama kelamaan dapat menyebabkan arteri sangat menyempit, sehingga menghambat aliran darah pada organ-organ tubuh penting, seperti otak, jantung, dan ginjal, serta bagian tubuh tertentu, seperti lengan dan kaki (Handayani dalam Putra, 2021).

3. B3 (*Brain*)

Saat dilakukan pemeriksaan GCS 4X6, kesadaran compos mentis, pupil isokor, refleks cahaya +/+, refleks biceps: refleks positif, refleks triceps: refleks positif, refleks patella: refleks positif, refleks kaku kuduk: refleks negatif, refleks bruzinski I: refleks negatif, refleks bruzinski II: refleks negatif, refleks kernig: refleks negatif, NI: pasien bisa membedakan bau, NII: pasien mampu membuka mata dengan baik namun fungsi penglihatan pasien agak kabur jika dibuat membaca, NIII: pasien mampu menggerakkan bola mata ke bawah dan kedalam, NIV & NVI: pasien mampu melakukan pergerakan lapang pandang, NV: pasien mampu untuk makan, namun perlahan, NVII: pasien mampu menggerakkan otot wajah. NIX & NX: pasien kesulitan saat berbicara, NXI: pasien tidak mengalami kelemahan pada ekstermitas atas dan bawah, NXII: pasien mampu menjulurkan lidah. Penyakit stroke adalah masalah kesehatan yang terjadi saat asupan darah menuju ke otak terganggu atau sama sekali terhenti, sehingga jaringan otak kekurangan oksigen dan nutrisi. Akibatnya, dalam hitungan menit saja, sel-sel otak mulai mati (Wahjoepramono, 2018). Sistem saraf terdiri dari otak, sumsum tulang belakang, dan jaringan saraf di seluruh tubuh. Sistem ini mengirimkan sinyal bolak-balik dari tubuh ke otak. Ketika otak rusak, ia tidak menerima pesan-pesan ini dengan benar. Masalah yang bisa ditimbulkan

biasanya kehilangan penglihatan, gerakan mata dan kehilangan satu sisi penglihatan (dr Roslan Yusni Hasan, 2018).

4. B4 (*Bladder*)

Saat dilakukan pemeriksaan pasien menggunakan diaper, tidak ada distensi dan nyeri tekan pada kandung kemih, warna urin kuning jernih, eliminasi uri setelah masuk rumah sakit. Penyakit stroke dapat menyebabkan gangguan komunikasi antara otak dan otot-otot yang mengendalikan kandung kemih. Seperti inkontinensia, biasanya merupakan gejala awal yang membaik seiring waktu (Tahono, 2017).

5. B5 (*Bowel*)

Abdomen tampak datar, mukosa bibir pucat (kering), keadaan gigi bersih, tidak ada *carries* gigi, permukaan kulit halus, tidak ada kesulitan menelan, pasien mengatakan mual, nafsu makan menurun, diit nasi tim, porsi makan 3 – 5 sendok (3 x/perhari), jumlah minum 600 ml/hari jenis air putih, suara bising usus terdengar 40x/menit, eliminasi alvi 5-6 x/hari konsistensi cair, warna coklat, Bising usus 40x/menit. Selama pemulihan awal stroke, biasanya akan mengalami sembelit. Sembelit adalah efek samping umum dari beberapa obat penghilang rasa sakit, tidak minum cukup cairan, atau tidak aktif secara fisik (Wahjoepramono, 2018). Stroke juga akan memengaruhi bagian otak yang mengontrol usus yang dapat menyebabkan inkontinensia, yang berarti hilangnya kendali atas fungsi usus besar yang sering terjadi pada tahap pemulihan awal dan sering meningkat seiring waktu (dr. Wening Sari, M.Kes, dr. Lili Indriawati, M.Kes, dan Catur Setia Dewi, 2017).

6. B6 (*Bone*) & Sistem Integumen

Tidak ada scabies, warna kulit sawo matang, kuku bersih, turgor kulit >3detik, aktivitas pasien terbatas, pasien terlihat lemah. Kemampuan otot : Ekstermitas atas : kanan (4), kiri (4), Ekstermitas bawah : kanan (4), kiri (4). Dalam kasus stroke, terdapat masalah pemrosesan yang berarti otak tidak mendapatkan informasi yang benar dari mata. Stroke juga dapat memengaruhi saraf pada bagian tubuh lain. Foot drop adalah jenis kelemahan atau kelumpuhan umum yang membuat kaki bagian depan sulit diangkat. Foot drop dapat menyebabkan menyeret jari-jari kaki di sepanjang tanah saat berjalan atau menekuk lutut untuk mengangkat kaki lebih tinggi agar tidak menyeret. Masalah ini biasanya disebabkan oleh kerusakan saraf dan dapat membaik dengan rehabilitasi. Terdapat beberapa tumpang tindih antara area otak dan fungsinya. Kerusakan otak bagian depan dapat menyebabkan perubahan kecerdasan, gerakan, logika, ciri kepribadian, dan pola berpikir. Kerusakan pada sisi kanan otak dapat menyebabkan hilangnya rentang perhatian, masalah fokus dan memori, serta kesulitan mengenali wajah atau objek meskipun mereka sudah familiar yang dapat mengakibatkan perubahan perilaku, seperti impulsif, ketidaksesuaian, dan depresi (Wahjoepramono, 2018).

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien disesuaikan dengan kondisi pasien dengan prioritas masalah yaitu :

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia.
Hiperglikemia yang menyertai stroke fase akut dapat menambah kerusakan

6 otak akibat adanya disfungsi endothelial nitric oxide (eNOS), sehingga menyebabkan stres oksidatif dan vasokonstriksi pembuluh darah otak, serta adanya adhesi leukosit yang menyebabkan penyumbatan mikrovaskuler. Pengendalian kadar glukosa darah yang ketat berhubungan dengan berkurangnya angka kematian pada pasien stroke yang keadaannya kritis (Boehme dkk., 2017)

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuskuler .

Salah satu gejala utama stroke adalah lumpuh atau melemahnya otot pada anggota gerak tubuh, seperti tungkai dan lengan. Kondisi ini membuat penderitanya sulit menggerakkan salah satu sisi tubuh. Selain itu, gejala melemahnya otot tubuh juga bisa muncul beserta keluhan lain, seperti kesemutan atau mati rasa. Keluhan ini umumnya muncul secara mendadak. Misalnya, salah satu tangan tidak mampu menggenggam erat (Wahjoepramono, 2018).

c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf cranial.

Tak hanya anggota gerak tubuh, stroke juga ditandai dengan melemahnya otot wajah. Hal ini menyebabkan penderitanya sulit berbicara, berekspresi, dan bahkan sulit memahami ucapan orang lain serta tidak dapat merespons percakapan dengan baik akibat kerusakan yang terjadi pada otak yang kekurangan suplay O₂ (Isdar, 2020).

4.3 Diagnosa Keperawatan

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia.

SDKI adalah variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal.

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 12 Juli 2021. Implementasi untuk menstabilkan kadar glukosa darah adalah : 1) Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu, 2) Memonitor intake dan output cairan, 3) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, 4) Memonitor kadar glukosa darah, 5) Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuri, polidipsia, polivagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), 7) Berikan asupan cairan oral, 8) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, 9) Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan), 10) Mengkolaborasikan pemberian insulin.

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuskuler. SDKI adalah

keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 12 Juli 2021. Implementasi untuk meningkatkan mobilitas fisik adalah : 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, 3) Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, 4) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 5) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien

dalam meningkatkan pergerakan, 6) Menganjurkan melakukan mobilisasi dini, 7) Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur).

- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf cranial. SDKI adalah penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan symbol. Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 12 Juli 2021. Implementasi untuk meningkatkan kemampuan komunikasi verbal adalah : 1) Memonitor kecepatan,tekanan, kuantitas volume,dan diksi bicara 2) Memonitor proses koknitif,anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara(mis,memori,penden garan dan bahasa), 3) Memonitor frustasi,marah depresi atau hal lain yang mengganggu bicara, 4) Mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, 5) Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan, 6) Menganjurkan berbicara perlahan

4.3 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai. Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada pasien Tn. E dapat dievaluasi sebagai berikut :

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia.
Evaluasi tanggal 13 Juli 2021, keluarga pasien mengatakan pasien sering melakukan aktifitas ringan seperti duduk di atas tempat tidur, pasien tampak sering melakukan mobilisasi ringan seperti duduk diatas tempat

tidur, pasien tampak dibantu oleh keluarga saat makan. Kesadaran composmentis E4 VX M6, pasien masih kesulitan berbicara dan menjulurkan lidah. Ma/mi (+) diit HT nasi tim dan air mineral. TD 124/76 mmHg, HR 98, Suhu 36,3 °C. Intervensi dilanjutkan

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromukuler. Evaluasi tanggal 13 Juli 2021, keluarga pasien mengatakan pasien sering melakukan aktifitas ringan seperti duduk di atas tempat tidur, pasien tampak sering melakukan mobilisasi ringan seperti duduk diatas tempat tidur, pasien tampak dibantu oleh keluarga saat makan. Kesadaran composmentis E4 VX M6, pasien masih kesulitan berbicara dan menjulurkan lidah. Ma/mi (+) diit HT nasi tim dan air mineral. TD 124/76 mmHg, HR 98, Suhu 36,3 °C

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf cranial. Evaluasi tanggal 13 Juli 2021, keluarga pasien mengatakan kaku pada lidah pasien berkurang, bicara pasien terdengar lebih jelas, , pasien tampak mampu mengenali pesan yang diterima

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerjasama dan komunikasi yang efektif dan baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan yang lain. Hasil evaluasi Tn.E masalah teratasi sebagian.

BAB 5

PENUTUP

Penulis telah melakukan pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis *CVA Infark* dan *DM Tipe 2* di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, kemudian penulis menarik kesimpulan dan saran yang diharapkan dapat bermanfaat dalam pengembangan mutu asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis *CVA Infark*

5.1 Kesimpulan

1. Hasil pengkajian didapatkan keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan bicara. Keluarga mengatakan pasien jatuh dari sepeda pada hari minggu setelah melakukan kegiatan *cafreeday* kemudian lemas, lalu oleh keluarga di bawa ke RSAL Surabaya masuk IGD pada tanggal 10 Juli 2021. Terpasang infus dengan cairan natrium sodium dan terapi obat *Cilostazol 2x100mg*, *Anemolat 1x1mg*, *Grahabion 1x100mg* dan *Injeksi Furamin 3x10ml*. Kemudian pasien dipindahkan ke pav 7 pada jam 05.30 WIB dengan kesadaran *compos mentis*, GCS E4, VX, M6, TD : 145/76 mmHg, Suhu 36,6oC, SPO2 99% dengan O2 nasal 3 lpm. Pada saat pengkajian tanggal 12 Juli 2021 pukul 14.00, Keadaan umum cukup, Kesadaran *compos mentis*, GCS 4X6, CRT >2detik, keluarga pasien mengatakan pasien masih kesulitan bicara.. Pasien mendapat terapi *Cilostazol 2x100mg*, *Anemolat 1x1mg*, *Grahabion 1x100mg*, *Injeksi Furamin 3x10ml*, dan *Novorapid 3x6ui*. TD : 150/90 mmHg, HR 86x/menit, Suhu 36,7oC, RR 16 x/menit, SPO2 99% dengan O2 nasal 3 lpm.

2. Diagnosa keperawatan yang didapatkan adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromukuler, dan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf cranial
3. Perencanaan disesuaikan dengan intervensi utama dan pendukung pada setiap diagnosis yang diangkat:
 - a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia.

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 12 Juli 2021. Implementasi untuk menstabilkan kadar glukosa darah adalah : 1) Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu, 2) Memonitor intake dan output cairan, 3) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, 4) Memonitor kadar glukosa darah, 5) Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuri, polidipsia, polivagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), 7) Berikan asupan cairan oral, 8) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, 9) Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan), 10) Mengkolaborasikan pemberian insulin.
 - b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromukuler.

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 12 Juli 2021. Implementasi untuk meningkatkan mobilitas fisik adalah : 1)

Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, 3) Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, 4) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 5) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, 6) Menganjurkan melakukan mobilisasi dini, 7) Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur).

c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf cranial.

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 12 Juli 2021. Implementasi untuk meningkatkan kemampuan komunikasi verbal adalah : 1) Memonitor kecepatan,tekanan, kuantitas volume,dan diksi bicara 2) Memonitor proses koknitif,anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara(mis,memori,penden garan dan bahasa), 3) Memonitor frustasi,marah depresi atau hal lain yang mengganggu bicara, 4) Mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, 5) Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan, 6) Menganjurkan berbicara perlahan

4. Pelaksanaan tindakan yang dilakukan yaitu Melakukan pengkajian dan observasi kondisi pasien, memberikan posisi semi fowler, pasien merasa nyaman, melakukan tindakan pemasangan O2 dengan nasal kanul 3 lpm, memonitor kadar gula darah, Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu, Memonitor intake dan output cairan, Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, Memonitor kadar glukosa darah

5. Hasil evaluasi pada tanggal 13 Juli 2021 didapatkan:
- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia. Evaluasi tanggal 13 Juli 2021, keluarga pasien mengatakan pasien sering melakukan aktifitas ringan seperti duduk di atas tempat tidur, pasien tampak sering melakukan mobilisasi ringan seperti duduk diatas tempat tidur, pasien tampak dibantu oleh keluarga saat makan. Kesadaran composmentis E4 VX M6, pasien masih kesulitan berbicara dan menjulurkan lidah. Ma/mi (+) diit HT nasi tim dan air mineral. TD 124/76 mmHg, HR 98, Suhu 36,3 °C. Intervensi dilanjutkan
 - b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromukuler. Evaluasi tanggal 13 Juli 2021, keluarga pasien mengatakan pasien sering melakukan aktifitas ringan seperti duduk di atas tempat tidur, pasien tampak sering melakukan mobilisasi ringan seperti duduk diatas tempat tidur, pasien tampak dibantu oleh keluarga saat makan. Kesadaran composmentis E4 VX M6, pasien masih kesulitan berbicara dan menjulurkan lidah. Ma/mi (+) diit HT nasi tim dan air mineral. TD 124/76 mmHg, HR 98, Suhu 36,3 °C
 - c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf cranial. Evaluasi tanggal 13 Juli 2021, keluarga pasien mengatakan kaku pada lidah pasien berkurang, bicara pasien terdengar lebih jelas, , pasien tampak mampu mengenali pesan yang diterima

5.2 Saran

Sesuai dengan kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Hubungan yang baik antara pasien, keluarga pasien dan perawat perlu ditingkatkan untuk mencapai tujuan tindakan yang diharapkan
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Amir, B. (2016). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Saraf (Neurologi) edisi I* (Bagian Ilm).
- Ariani, T. (2016). *Sistem Neurobehaviour*. Salemba Medika.
- Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. S. V. (2017). *Stroke Risk Factors , Genetics , and Prevention*. 472–495.
<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308398>
- DBS FKUI-RSCM. (2018). *Sinopsis Ilmu Bedah Saraf*. Jakarta: CV Sagung Setojakarta.
- dr. Wening Sari, M.Kes, dr. Lili Indriawati, M.Kes, dan Catur Setia Dewi, A. (2017). *Stroke: Cegah dan Obati Sendiri*. Jakarta: Salemba Medika.
- dr Roslan Yusni Hasan, S. (2018). *Ketahanan Hidup Setahun Pasien Stroke*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Hamzah, R. (2018). *Anatomi dan Fisiologi Tubuh Manusia*. Jakarta.
- Harwati, Dana Indah, Abdul Gofir, and W. N. T. (2018). *Hubungan Peningkatan Indeks Massa Tubuh dengan Luaran Fungsional pada Pasien Stroke di RSUP Dr. Sardjito*.
- Irfanita Nurhidayah, Yullizar, Laras Cyntia Kasih, Nismah, A. B. T. (2020). *Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Stroke dengan Hemiparesis di RSUD H.A.Sulthan Daeng Radja Bulukumba*. 4(2), 367–382.
- Isdar, M. (2020). Pemantauan Terapi Obat Pada Pasien CVA Di RS X. *Social Clinical Pharmacy Indonesia Journal Special*, 5(2), 12–17. Retrieved from <http://journal.uta45jakarta.ac.id/index.php/SCPIJ/article/view/2569>
- Jahromi, A. (2016). *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Padila. (2013). *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Putra, F. N. (2021). *Manfaat Discharge Planning pada Pasien CVA Infark : A Systematic Review*. 12(4), 85–88.
- Rahayu, P. N. (2020). Hubungan Kadar Gula Darah Puasa dan Profil Lipid Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Kejadian Stroke Iskemik di RSUD R.A Basoeni Mojokerto. *Jurnal Biosains Pascasarjana*, 22(2), 50.
<https://doi.org/10.20473/jbp.v22i2.2020.50-62>
- Ramadhan, S. (2016). *Anatomi Fisiologi Manusia*. Jakarta: Gead Publisher.
- Satyanegara. (2016). *Ilmu Bedah Saraf edisi IV*. Jakarta: Gramedia.

- Setiadi. (2016). *Dasar – Dasar Anatomi dan Fisiologi Manusia*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Soegijanto. (2018). *Ilmu Penyakit, Diagnosa, dan Penatalaksanaan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tahono, M. (2017). *Asuhan Keperawatan Keperawatan Medikal Bedah* (GEAD publisher, ed.). Jakarta.
- Tarwoto. (2017). *Keperawatan Medikal Bedah (gangguan sistem persyarafan)*. Jakarta: CV Sagung Setojakarta.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Cetakan II*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia. Cetakan II*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Cetakan II*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Wahjoepramono, E. J. (2018). *ISCHEMIC STROKE: Symptom, Risk Factors, and Prevention*.