

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
DIAGNOSA MEDIS CVA (*CEREBRO VASKULAR ACCIDENT*)
DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT
RSPAL DR. RAMELAN
SURABAYA**



Oleh :
VIRGINIA DESI ARDHANI
NIM. 2030113

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

**KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
DIAGNOSA MEDIS CVA (*CEREBRO VASKULAR ACCIDENT*)
DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT
RSPAL DR. RAMELAN
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Ners di STIKES Hang Tuah
Surabaya**



**Oleh :
VIRGINIA DESI ARDHANI
NIM. 2030113**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
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 daya 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, 22 Juli 2021

Penulis,



Virginia Desi Ardhani, S.Kep.
NIM. 2030113

HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Virginia Desi Ardhani, S.Kep.
NIM. : 2030113
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

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

NERS (Ns.)

Surabaya, 22 Juli 2021

Pembimbing



Ceria Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 03.049

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 22 Juli 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Virginia Desi Ardhani
NIM : 2030113
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa
Medis CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) di Ruang
Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya ilmiah akhir di Stikes Hang
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “Ners” pada program pendidikan profesi Ners di Stikes Hang
Tuah Surabaya

Penguji 1 : Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03001

Penguji 2 : Ceria Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03049

Penguji 3 : Nisha Dharmayanti R, S.Kep., Ns., M.Si
NIP. 03045



Mengetahui,
STIKES HANG TUAH SURABAYA
KAPRODI PROFESI NERS

Nuh Huda, M.Kep., Sp. KMB
NIP.03020

Ditetapkan di : STIKES Hang Buah Surabaya
Tanggal : 23 Juli 2021

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kehadirat Allah SWT atas berkah, rahmat dan hidayah-Nya yang senantiasa dilimpahkan kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”. Tujuan penulisan karya ilmiah akhir ini adalah untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Ners (Ns) bagi mahasiswa program studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Penulis menyadari dalam penulisan karya ilmiah akhir ini masih jauh dari sempurna, dan masih banyak kekurangan, Oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya ilmiah akhir ini. terselesaikannya karya ilmiah akhir ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan kali ini dengan segala kerendahan hati perkenankanlah penulis untuk mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang telah diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa prodi profesi ners.
2. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Profesi Ners.

3. Bapak Nuh Huda, S.Kep.,Ns.,M.Kep, Sp KMB. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
4. Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku penguji 1 yang telah memberikan bimbingan, saran, masukan, kritik, dan pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Ibu Nisha Dharmayanti R, S.Kep., Ns., M.Si selaku penguji 3 yang telah memberikan bimbingan, saran, masukan, dan kritik dalam penyusunan skripsi ini.
6. Ibu Ceria Nurhayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku pembimbing yang telah dengan penuh kesabaran memberikan bimbingan, perhatian, saran, masukan, kritik, dan pengarahan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Ibu Nadia Okhtiary, A.md selaku KA perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber Pustaka dalam penyusunan penelitian ini.
8. Seluruh staff perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan penelitian ini.
9. Seluruh staff dan karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah membantu kelancaran proses belajar mengajar selama masa perkuliahan.

10. Kepala Ruangan IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya Kapten Edi, S.Kep.,
Ns. yang telah membantu kelancaran proses pengambilan data karya ilmiah akhir saya.
11. Yang selalu saya banggakan dan hormati, orangtua saya yg sudah merawat, membesarkan, dan menyayangi saya hingga saya bisa sampai di titik ini Ibu Yuli Ernawati dan Bapak Warno.
12. Untuk diri saya sendiri yang sudah bekerja keras dan bertahan menghadapi lika-liku hidup, Terimakasih aku.
13. Kakak kandung satu-satunya saya Novita Sari Anggraini yang hidupnya selalu menjadi tolak ukur saya untuk menjadi lebih baik.
14. Teman-teman seperjuangan saya Susi Ratnasari, Jenni Aris, dan Cholilah Saras yang telah mewarnai 5 tahun hitam dan putih kehidupan perkuliahan saya.
15. Untuk Kim minseok, Kim Junmyeon, Zhang Yixing, Byun Baekhyun, Kim Jongdae, Park Chanyeol, Doh Kyungsoo, Kim Jongin, dan Oh Sehun. Manusia-manusia yang jauh tetapi tetap menjadi alasan saya bangkit dari rasa keterpurukan yang pernah saya alami dalam hidup saya, EXO terimakasih.
16. Rekan-rekan seangkatan, dan sealmamater yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini terimakasih telah bekerja sama dengan baik.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Allah SWT. Akhirnya peneliti berharap bahwa karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Surabaya, 12 Juli 2021

Penulis

Virginia Desi Ardhani

NIM. 2030113

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
KARYA ILMIAH AKHIR	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
SINGKATAN DAN SIMBOL	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat Keilmuan	5
1.4.1 Manfaat Aplikatif.....	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Anatomi Fisiologi Otak	9
2.1.1 Pengertian Otak	9
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Otak	10
2.1.3 Anatomi Peredaran Darah Otak	14
2.2 Konsep Instalasi Gawat Darurat (IGD)	15
2.2.1 Pengertian Instalasi Gawat Darurat.....	15
2.2.2 Peran dan Fungsi Perawat Gawat Darurat	16
2.2.3 Triage Pada Kegawatdaruratan	17

2.3 Konsep CVA (Cerebro Vaskular Accident)	19
2.3.1 Pengertian CVA	19
2.3.2 Etiologi CVA.....	20
2.3.3 Manifestasi Klinis CVA	23
2.3.4 Klasifikasi Klinis CVA	25
2.3.5 Patofisiologi CVA	27
2.3.6 Pemeriksaan Diagnostik	29
2.3.7 Komplikasi CVA.....	31
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA	35
2.4.1 Pengkajian	35
2.4.2 Diagnosis Keperawatan	43
2.4.3 Intervensi Keperawatan	43
2.4.4 Implementasi	50
2.4.5 Evaluasi	51
2.5 Kerangka Masalah Keperawatan	52
BAB 3 TINJAUAN KASUS	53
3.1 Pengkajian	53
3.1.1 Identitas Pasien	53
3.1.2 <i>Primary Survey</i>	53
3.1.3 <i>Secondary Survey</i>	55
3.1.4 Pemeriksaan Penunjang	56
3.1.5 Penatalaksanaan Medis.....	56
3.2 Diagnosa Keperawatan	57
3.2.1 Analisa Data.....	57
3.3 Intervensi Keperawatan	58
3.4 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan	62
BAB 4 PEMBAHASAN	66
4.1 Gambaran Umum Ruang Intalasi Gawat Darurat (IGD)	66
4.2 Pengkajian	67
4.3 Diagnosa Keperawatan	72
4.4 Intervensi Keperawatan	75
4.5 Evaluasi Keperawatan	78
BAB 5 PENUTUP	82
5.1 Simpulan	82

5.2 Saran.....	83
DAFTAR PUSTAKA	84

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium tanggal 19 Mei 2021.....	56
Tabel 3. 2 Daftar terapi yang diberikan yaitu:	56
Tabel 3. 3 Analisa Data Pada Tn. K dengan Diagnosa Medis CVA (Cerebro Vaskular Accident) di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.....	57
Tabel 3. 4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pada Tn. K dengan Diagnosa Medis CVA (Cerebro Vaskular Accident) di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Otak	10
Gambar 2. 2 Triage Gawat Darurat	19

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	88
Lampiran 2	89
Lampiran 3	92

SINGKATAN DAN SIMBOL

Daftar Singkatan

CVA	: <i>Cerebro Vaskuler Accident</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran keperawatan Indonesia
RSPAL	: Rumah Sakit pusat Angkatan Laut
IGD	: Instalasi Gawat darurat
RHD	: <i>Rheumatik Heart Disease</i>

Daftar Simbol :

&	: Dan
<	: Kurang dari
≤	: Kurang dari atau sama dengan
>	: Lebih dari
≥	: Lebih dari atau sama dengan
±	: Kurang lebih
%	: Persen
=	: Sama dengan
°	: Derajat
C	: Celcius

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

CVA atau *Cerebro Vaskuler Accident* adalah gangguan suplai darah otak secara mendadak sebagai akibat oklusi pembuluh darah parsial atau total, atau akibat pecahnya pembuluh darah otak. Gangguan pada aliran darah ini akan mengurangi suplai oksigen, glukosa, dan nutrisi lain ke bagian otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang terkena dan mengakibatkan gangguan pada sejumlah fungsi otak (Hartono, 2010). Tanda dan gejala CVA berupa kelumpuhan anggota badan, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan, afasia, ataksia, vertigo, mual, muntah dan nyeri kepala, hemiplegia, hemiparesis (Wijaya & Putri, 2013). Masalah Keperawatan yang mungkin muncul pada penderita CVA adalah risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, risiko defisit nutrisi. 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. Berdasarkan tentang pengalaman keluarga dalam penanganan serangan pertama pada pasien CVA didapatkan hasil bahwa keluarga mengungkapkan tidak mengetahui cara penanganan stroke secara pasti (Arisdiani et al., 2019).

Penyakit stroke sebenarnya sudah tidak asing lagi bagi sebagian besar masyarakat. Hal ini diakibatkan oleh cukup tingginya insidensi (jumlah kasus baru) kasus stroke yang terjadi di masyarakat. Menurut WHO, setiap tahun 15 juta orang di seluruh dunia mengalami stroke. Sekitar lima juta menderita kelumpuhan permanen. Di kawasan Asia tenggara terdapat 4,4 juta orang mengalami stroke

(WHO, 2010). Berdasarkan data yang berhasil dikumpulkan oleh Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki), masalah stroke semakin penting dan mendesak karena kini jumlah penderita stroke di Indonesia adalah terbanyak dan menduduki urutan pertama di Asia. Jumlah kematian yang disebabkan oleh stroke menduduki urutan kedua pada usia diatas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15-59 tahun (Overman, 2005). Pada propinsi Jawa Timur, penyakit stroke yang berdasarkan diagnosa dan gejala di masyarakat prevalensinya 0,8 per 1.000 penduduk. Prevalensi stroke di Kota Surabaya tidak terpaut jauh dari angka prevalensi stroke Jawa Timur, Kota Surabaya memiliki prevalensi 0,7 persen per 1000 penduduk. Penelitian yang dilakukan pada tahun 2007 menunjukkan bahwa sekitar 72,3% kasus stroke di masyarakat telah terdiagnosis oleh tenaga kesehatan. Meskipun dapat terdiagnosis oleh para tenaga kesehatan di setiap wilayah Indonesia, namun angka kematian akibat stroke tetap tinggi. Data menunjukkan bahwa stroke menempati urutan pertama sebagai penyebab kematian utama di Indonesia (Wardhani & Martini, 2014).

Rendahnya kesadaran akan factor risiko stroke, kurang dikenalnya gejala stroke, belum optimalnya pelayanan stroke dan ketaatan terhadap program terapi untuk pencegahan stroke ulang yang rendah merupakan permasalahan yang muncul pada pelayanan stroke di Indonesia. Keempat hal tersebut berkontribusi terhadap peningkatan kejadian stroke baru, tingginya angka kematian akibat stroke, dan tingginya kejadian stroke ulang di Indonesia (Wasena, 2019). Dampak yang sering muncul pada klien CVA adalah risiko perfusi serebral tidak efektif yaitu keadaan dimana individu beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak yang dapat disebabkan oleh aterosklerosis otak, embolisme, endocarditis,

fibrilasi atrium, hiperkolesterolemia, koagulasi intravaskuler diseminata, koagulopati, gangguan serebro vaskuler, penyakit neurologis, dll (Ayu, 2018). Gangguan mobilitas yang disebabkan oleh kerusakan system saraf sehingga menyebabkan penurunan tonus otot, hilangnya sensibilitas pada sebagian anggota tubuh, menurunnya kemampuan untuk menggerakkan anggota tubuh yang sakit dan ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas. Hal itu dapat mengakibatkan kelemahan dan kelumpuhan pada seluruh atau sebagian anggota tubuh. Sehingga dapat berpengaruh pada produktifitas klien CVA dan juga pada status fungsional klien CVA (Saputri, Wibowo, & A, 2018).

Sesuai dengan salah satu peran perawat di Instalasi Gawat Darurat sebagai pemberi pelayanan kesehatan (*direct care provider*), keperawatan langsung pada klien dan keluarga yang mengalami masalah kesehatan karena sakit akut, kritis dan labil, cedera. Oleh karena itu di Instalasi Gawat Darurat diharapkan pasien memperoleh asuhan keperawatan secara menyeluruh dan perawat mampu memberikan pelayanan secara maksimal di saat pandemik seperti ini. Apabila ditemukan pasien yang mengalami kondisi gagal napas yang membutuhkan untuk perawatan di ruang kritikal, solusi keperawatan yang dapat dilakukan adalah observasi ketat kondisi pasien, monitor tanda – tanda perburukan atau gagal nafas, mempertahankan hidrasi, membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan selama perawatan, memberikan dan mengajarkan edukasi tentang perawatan pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) dengan masalah keperawatan yang muncul (SIKI, 2018). Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik mengangkat karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa

Medis CVA (*Cerebro Vascular Accident*) di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka penulis menyusun rumusan masalah “Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) di ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) di ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian pasien dengan diagnosa medis CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) di ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) di ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada masing – masing diagnosis keperawatan pasien dengan diagnosa medis CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) di ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) di ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) di ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) di ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Keilmuwan

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus diatas, maka karya ilmiah akhir ini diharapkan bisa memberikan manfaat bagi kepentingan pengembangan program pendidikan dan bagi kepentingan ilmu pengetahuan.

1.4.1 Manfaat Aplikatif

Karya ilmiah akhir ini dapat menjadi sarana peneliti untuk mengembangkan pengetahuan dan pengalaman dalam bidang pemberian asuhan keperawatan pada tatanan nyata dengan konsep aplikasi teori dan praktik. Terkait dengan tujuan, maka karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat, antara lain:

1. Pelayanan di Rumah Sakit

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam upaya pengembangan pengetahuan untuk

meningkatkan mutu pelayanan pasien di rumah sakit khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis CVA.

2. Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil karya ilmiah akhir ini dapat memperkaya ilmu keperawatan dalam mengembangkan model asuhan keperawatan komprehensif dengan pengembangan preventif dan promotive.

3. Bagi Penulis

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat dijadikan salah satu rujukan bagi penulis berikutnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA.

4. Bagi Keluarga dan Pasien

Hasil karya ilmiah akhir ini dapat digunakan sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit CVA, sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat dan keluarga mampu melakukan pencegahan dan perawatan pasien selama dirumah.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Mengungkapkan dan memusatkan perhatian pada satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan dan membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data yang diambil/diperoleh melalui percakapan dengan pasien dan keluarga pasien maupun dengan tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil/diperoleh melalui pengamatan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien.

c. Pemeriksaan

Data yang diambil/diperoleh melalui pemeriksaan fisik, laboratorium dan radiologi untuk menunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data Sekunder

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

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang terdiri dari sub bab berikut ini :
 - BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan studi kasus.
 - BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis CVA.
 - BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.
 - BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini.
 - BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran.
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep dasar atau landasan teori yang terkait dengan topik penelitian, meliputi: 1) Anatomi dan Fisiologi Otak, 2) Konsep Instalasi Gawat Darurat (IGD), 3) Konsep CVA (*Cerebro Vaskular Accident*), 4) Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi.

2.1 Anatomi Fisiologi Otak

2.1.1 Pengertian Otak

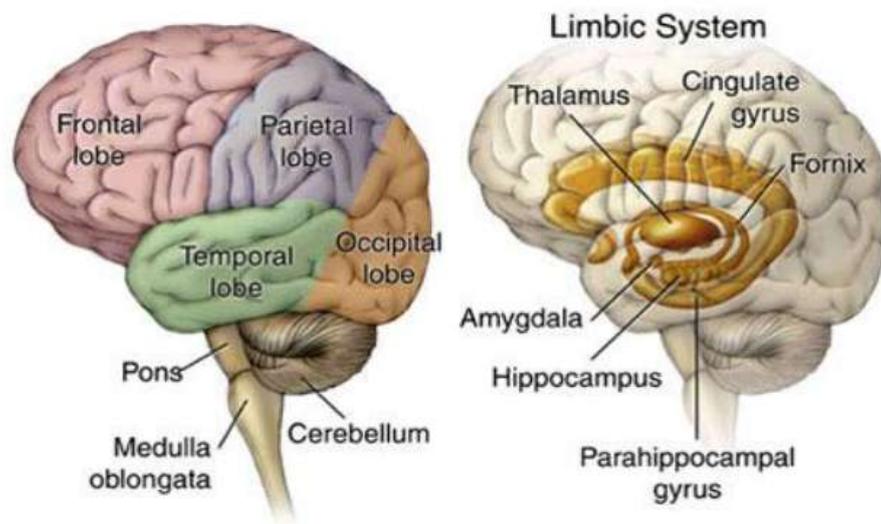
Otak merupakan suatu alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat computer dari semua alat yang di tubuh yang mengatur semua kegiatan dan aktivitas tubuh. Otak merupakan bagian dari saraf sentral yang terletak di dalam rongga tengkorak (kranium) yang dibungkus oleh selaput otak yang kuat. Berat otak orang dewasa kira-kira 1400 gram mencapai 2% dari keseluruhan berat tubuh, mengkonsumsi 25% oksigen dan menerima 1,5% curah jantung (Setiadi, 2016).

Otak merupakan organ maha rumit yang memiliki banyak bagian dan fungsi yang spesifik dan berbeda- beda. Secara garis besar, otak dibagi menjadi tiga bagian utama, yaitu otak besar (*cerebrum*), otak kecil (*cerebellum*), dan batang otak (*brain stem*). Bagian- bagian tersebut masih dibagi menjadi bagian yang lebih kecil. Ruang antar bagian dibatasi oleh cairan otak (*cerebrospinal*

fluid), sementara bagian luarnya terlindungi oleh tiga lapis selaput otak (meninges) dan tulang tengkorak (Supradewi, 2016).

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Otak

Otak terletak dalam rongga kranium, terdiri atas semua bagian sistem saraf pusat (SSP) diatas korda spinalis. Secara anatomis terdiri dari cerebrum cerebellum, brainstem, dan limbic system (Alfiyah, 2018).



Gambar 2. 1 Anatomi Otak (Alfiyah, 2018).

Otak manusia kira-kira 2% dari berat badan orang dewasa (3Ibs). Otak menerima 20% dari curah jantung dan memerlukan sekitar 20% pemakaian oksigen tubuh, dan sekitar 400 kilo kalori energi setiap harinya. Secara anatomis sistem saraf tepi dibagi menjadi 31 pasang saraf spinal dan 12 pasang saraf cranial. Saraf perifer terdiri dari neuron- neuron yang menerima pesan-pesan neural sensorik (aferen) yang menuju ke system saraf pusat, dan atau menerima pesan-pesan neural motorik (eferen) dari system saraf pusat. Saraf spinal menghantarkan pesan-pesan tersebut maka saraf spinal dinamakan saraf campuran.

Sistem saraf somatic terdiri dari saraf campuran. Bagian aferen membawa baik informasi sensorik yang disadari maupun informasi sensorik yang tidak disadari. Sistem saraf otonom merupakan sistem saraf campuran. Serabut-serabut aferen membawa masukan dari organ- organ visceral. Saraf parasimpatis adalah menurunkan kecepatan denyut jantung dan pernafasan, dan meningkatkan pergerakan saluran cerna sesuai dengan kebutuhan pencernaan dan pembuangan (Nusatirin, 2018).

a. Bagian-bagian Otak

1). Otak Besar (Serebrum)

Otak besar merupakan bagian terbesar dan terdepan dari otak manusia. Otak besar mempunyai fungsi dalam mengatur semua aktivitas mental, yang berkaitan dengan kepandaian (intelegensia), ingatan (memori), kesadaran, dan pertimbangan. Otak besar terdiri atas Lobus Oksipitalis sebagai pusat penglihatan, Lobus temporalis yang berfungsi sebagai pusat pendengaran, dan Lobus frontalis yang berfungsi sebagai pusat kepribadian dan pusat komunikasi.

2). Otak kecil (serebelum)

Otak kecil (serebelum) mempunyai fungsi utama dalam koordinasi terhadap otot dan tonus otot, keseimbangan dan posisi tubuh. Bila ada rangsangan yang merugikan atau berbahaya maka gerakan sadar yang normal tidak mungkin dilaksanakan. Otak kecil juga berfungsi mengkoordinasikan gerakan yang halus dan luwes.

3). Otak tengah (mesensefalon)

Otak tengah terletak di depan otak kecil dan jembatan varol. Otak tengah berfungsi penting pada refleks mata, tonus otot serta fungsi posisi atau kedudukan tubuh.

4). Otak depan (diensefalon)

Otak depan terdiri atas dua bagian, yaitu thalamus yang berfungsi menerima semua rangsang dari reseptor kecuali bau, dan hipotalamus yang berfungsi dalam pengaturan suhu, pengaturan nutrisi, penjagaan agar tetap bangun, dan penumbuhan sikap agresif.

5). Jembatan varol (pons varoli)

Jembatan varol merupakan serabut saraf yang menghubungkan otak kecil bagian kiri dan kanan. Selain itu, menghubungkan otak besar dan sumsum tulang belakang (Untari, 2012).

b. Nervus Cranialis

a. Nervus olfaktorius

Saraf pembau yang keluar dari otak dibawa oleh dahi, membawa rangsangan aroma (bau-bauan) dari rongga hidung ke otak.

b. Nervus optikus

Mensarafi bola mata, membawa rangsangan penglihatan ke otak.

c. Nervus okulomotoris

Bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata) menghantarkan serabut-serabut saraf para simpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris.

d. Nervus troklearis

Bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital. Saraf pemutar mata yang pusatnya terletak dibelakang pusat saraf penggerak mata.

e. Nervus trigeminus

Bersifat majemuk (sensoris motoris) saraf ini mempunyai tiga buah cabang. Fungsinya sebagai saraf kembar tiga, saraf ini merupakan saraf otak besar, sarafnya yaitu:

- 1) Nervus oltamikus: sifatnya sensorik, mensarafi kulit kepala bagian depan kelopak mata atas, selaput lendir kelopak mata dan bola mata.
- 2) Nervus maksilaris: sifatnya sensoris, mensarafi gigi atas, bibir atas, palatum, batang hidung, rongga hidung dan sinus maksilaris.
- 3) Nervus mandibula: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi otot-otot pengunyah. Serabut-serabut sensorisnya mensarafi gigi bawah, kulit daerah temporal dan dagu.

f. Nervus abduzen

Sifatnya motoris, mensarafi otot-otot orbital. Fungsinya sebagai saraf penggoyang sisi mata.

g. Nervus fasialis

Sifatnya majemuk (sensori dan motori) serabut-serabut motorisnya mensarafi otot-otot lidah dan selaput lendir rongga mulut. Di dalam saraf ini terdapat serabut-serabut saraf otonom (parasimpatis) untuk wajah dan kulit kepala fungsinya sebagai mimik wajah untuk menghantarkan rasa pengecap.

h. Nervus auditoris

Sifatnya sensori, mensarafi alat pendengar, membawa rangsangan dari pendengaran dan dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengar.

i. Nervus glossofaringeus

Sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi faring, tonsil dan lidah, saraf ini dapat membawa rangsangan cita rasa ke otak.

j. Nervus vagus

Sifatnya majemuk (sensoris dan motoris) mengandung saraf-saraf motorik, sensorik dan parasimpatis faring, laring, paru-paru, esofagus, gaster intestinum minor, kelenjar-kelenjar pencernaan dalam abdomen. Fungsinya sebagai saraf perasa.

k. Nervus asesorius

Saraf ini mensarafi muskulus sternokleidomastoid dan muskulus trapezium, fungsinya sebagai saraf tambahan.

l. Nervus hipoglosus

Saraf ini mensarafi otot-otot lidah, fungsinya sebagai saraf lidah. Saraf ini terdapat di dalam sumsum penyambung.

2.1.3 Anatomi Peredaran Darah Otak

Darah mengangkut zat asam, makanan dan substansi lainnya yang diperlukan bagi fungsi jaringan hidup yang baik. Kebutuhan otak sangat mendesak dan vital, sehingga aliran darah yang konstan harus terus dipertahankan. Suplai darah arteri ke otak merupakan suatu jalinan pembuluh-pembuluh darah yang bercabang-cabang, berhubungan erat satu dengan yang lain sehingga dapat menjamin suplai darah yang adekuat untuk sel (Alfiyah, 2018).

1) Peredaran Darah Arteri

Suplai darah ini dijamin oleh dua pasang arteri, yaitu arteri vertebralis dan arteri karotis interna, yang bercabang dan beranastomosis membentuk circulus

willisi. Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteri karotis komunis yang berakhir pada arteri serebri anterior dan arteri serebri medial. Di dekat akhir arteri karotis interna, dari pembuluh darah ini keluar arteri communicans posterior yang bersatu ke arah kaudal dengan arteri serebri posterior. Arteri serebri anterior saling berhubungan melalui arteri communicans anterior. Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteria subklavia sisi yang sama. Arteri subklavia kanan merupakan cabang dari arteria inominata, sedangkan arteri subklavia kiri merupakan cabang langsung dari aorta. Arteri vertebralis memasuki tengkorak melalui foramen magnum, setinggi perbatasan pons dan medula oblongata. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris.

2) Peredaran Darah Vena

Aliran darah vena dari otak terutama ke dalam sinus-sinus duramater, suatu saluran pembuluh darah yang terdapat di dalam struktur duramater. Sinus-sinus duramater tidak mempunyai katup dan sebagian besar berbentuk triangular. Sebagian besar vena cortex superfisial mengalir ke dalam sinus longitudinalis superior yang berada di medial. Dua buah vena cortex yang utama adalah vena anastomotica magna yang mengalir ke dalam sinus longitudinalis superior dan vena anastomotica parva yang mengalir ke dalam sinus transversus. Vena-vena serebri profunda memperoleh aliran darah dari basal gang (Alfiyah, 2018).

2.2 Konsep Instalasi Gawat Darurat (IGD)

2.2.1 Pengertian Instalasi Gawat Darurat

Instalasi Gawat Darurat atau IGD adalah salah satu unit pelayanan di Rumah Sakit yang menyediakan penanganan awal (bagi pasien yang datang langsung ke rumah sakit)/lanjutan (bagi pasien rujukan dari fasilitas pelayanan

kesehatan lain), menderita sakit ataupun cedera yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya (Azam, 2016).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan sementara serta pelayanan pembedahan darurat bagi pasien yang datang dengan gawat darurat medis. IGD memiliki peran sebagai gerbang utama masuknya penderita gawat darurat (Nina, 2015).

2.2.2 Peran dan Fungsi Perawat Gawat Darurat

Peran perawat dalam pelayanan kegawatdaruratan menurut (Faisaldo, 2020) yaitu:

1. Pemberi pelayanan kesehatan (*direct care provider*) pelayanan ini diberikan langsung kepada pasien yang mengalami masalah kesehatan karena sakit akut, kritis, labil dan cedera. Seta memberikan pelayanan kesehatan langsung pada keluarga, kelompok pasien dan masyarakat yang membutuhkan perawatan kritis atau gawat darurat.
2. Manager klinis (*leadership*) perawat gawat darurat dapat berperan sebagai manager klinik atau unit gawat darurat yang bekerja untuk meningkatkan pelayanan kesehatan gawat darurat.
3. Pendidik (*educator*) perawat gawat darurat berperan sebagai pemberi edukasi atau pembimbing klinik bagi pasien maupun keluarga dalam upaya untuk meningkatkan kesehatan serta untuk pencegahan cedera berulang maupun yang belum terjadi.

4. Peneliti (*researcher*) perawat gawat darurat berperan sebagai peneliti di dalam kesehatan terkait pelayanan gawat darurat juga berguna untuk meningkatkan kualitas pelayanan gawat darurat.
5. Praktik kolaboratif (*collaborative practice*) berperan untuk membangun kerjasama dan koalisi antar profesi dan melakukan praktik kolaboratif untuk mendapatkan serta mengoptimalkan hasil pelayanan yang diberikan.

Macam–macam fungsi peran perawat di unit gawat darurat menurut (Nur, 2017) yaitu: a) Mengkaji kebutuhan perawatan penderita, keluarga dan masyarakat, serta sumber-sumber yang dapat dimanfaatkan untuk kebutuhan tersebut, b) Mengevaluasi hasil pelayanan keperawatan, c) Mengidentifikasi hal-hal yang perlu diteliti atau dipelajari dan melaksanakan penelitian guna meningkatkan pengetahuan dan mengembangkan ketrampilan, baik dalam praktek maupun dalam pendidikan keperawatan, d) Mengelola pelayanan perawatan di rumah sakit, e) Mengutamakan perlindungan dan keselamatan penderita dalam melaksanakan tugas keperawatan, f) Memfasilitasi rujukan dalam rangka menyelesaikan rujukan masalah kegawat daruratan, g) Memberi pelayanan secara multi disiplin, h) Mendokumentasikan dan komunikasikan informasi tentang pelayanan yang telah diberikan serta kebutuhan untuk tindak lanjut, i) Mengatur waktu secara efisien walaupun informasi terbatas.

2.2.3 Triage Pada Kegawatdaruratan

a. Pengertian Triage

Triage adalah suatu cara untuk menseleksi atau memilah korban berdasarkan tingkat kegawatan. Menseleksi dan memilah korban tersebut bertujuan untuk mempercepat dalam memberikan pertolongan terutama pada para

korban yang dalam kondisi kritis atau emergensi sehingga nyawa korban dapat diselamatkan. Untuk bisa melakukan triage dengan benar maka perlu Anda memahami tentang prinsip-prinsip triage (Diah, 2016).

b. Prosedur Triage

- 1) Pasien datang diterima tenaga kesehatan di IGD rumah sakit
- 2) Di ruang triase dilakukan pemeriksaan singkat dan cepat untuk menentukan derajat kegawatdaruratannya oleh tenaga kesehatan dengan cara:
 - a) Menilai tanda vital dan kondisi umum Pasien
 - b) Menilai kebutuhan medis
 - c) Menilai kemungkinan bertahan hidup
 - d) Menilai bantuan yang memungkinkan
 - e) Memprioritaskan penanganan definitif
- 3) Namun bila jumlah pasien lebih dari 50 orang, maka triase dapat dilakukan di luar ruang triase (di depan gedung IGD rumah sakit).
- 4) Pasien dibedakan menurut kegawatdaruratannya dengan memberi kode warna:
 - a) Kategori merah: prioritas pertama (area resusitasi), pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera. Pasien kategori merah dapat langsung diberikan tindakan di ruang resusitasi, tetapi bila memerlukan tindakan medis lebih lanjut, pasien dapat dipindahkan ke ruang operasi atau di rujuk ke rumah sakit lain.
 - b) Kategori kuning: prioritas kedua (area tindakan), pasien memerlukan tindakan definitif tidak ada ancaman jiwa segera. Pasien dengan kategori kuning yang memerlukan tindakan medis lebih lanjut dapat dipindahkan ke

ruang observasi dan menunggu giliran setelah pasien dengan kategori merah selesai ditangani.

c) Kategori hijau: prioritas ketiga (area observasi), pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan. Pasien dengan kategori hijau dapat dipindahkan ke rawat jalan, atau bila sudah memungkinkan untuk dipulangkan, maka pasien diperbolehkan untuk dipulangkan.

d) Kategori hitam: prioritas nol pasien meninggal atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi. Pasien kategori hitam dapat langsung dipindahkan ke kamar jenazah. (Azam, 2016).



Gambar 2. 2 Triage Gawat Darurat (Diah, 2016).

2.3 Konsep CVA (Cerebro Vaskular Accident)

2.3.1 Pengertian CVA

Stroke atau penyakit serebrovaskuler menunjukkan adanya beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun struktural yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Wijaya & Putri, 2013). Stroke adalah suatu keadaan yang

timbul karena terjadi gangguan di peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Janah, 2019).

Stroke merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus di tangani secara tepat dan cepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Stroke non hemoragik merupakan proses terjadinya iskemia akibat emboli dan trombosis serebral biasanya terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari dan tidak terjadi perdarahan. Namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Nusatirin, 2018).

2.3.2 Etiologi CVA

Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan stroke antara lain:

1. Thrombosis Cerebral.

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis seringkali memburuk pada 48 jam setelah thrombosis.

Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak:

a. Atherosklerosis

Atherosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah. Manifestasi klinis

atherosklerosis bermacam-macam. Kerusakan dapat terjadi melalui mekanisme berikut:

- 1). Lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya
- 2). Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadi thrombosis.
- 3). Tempat terbentuknya thrombus, kemudian melepaskan kepingan thrombus (embolus).
- 4). Dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma kemudian robek dan terjadi perdarahan.

e. Hypercoagulasi pada polysitemia Darah bertambah kental, peningkatan viskositas /hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebral.

f. Arteritis (radang pada arteri)

2. Emboli

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik. Beberapa keadaan dibawah ini dapat menimbulkan emboli:

- a. Katup-katup jantung yang rusak akibat *Rheumatik Heart Disease* (RHD)
- b. Miokard infark
- c. Fibrilasi

Keadaan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan ventrikel sehingga darah terbentuk gumpalan kecil dan sewaktu-waktu kosong sama sekali dengan mengeluarkan embolus-embolus kecil.

d. Endokarditis oleh bakteri dan non bakteri, menyebabkan terbentuknya gumpalan-gumpalan pada endocardium

3. Haemorrhagi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subarachnoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena atherosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, oedema, dan mungkin herniasi otak.

Penyebab perdarahan otak yang paling lazim terjadi:

- a. Aneurisma Berry, biasanya defek kongenital.
- b. Aneurisma fusiformis dari atherosklerosis.
- c. Aneurisma myocotik dari vaskulitis nekrose dan emboli septis.
- d. Malformasi arteriovenous, terjadi hubungan persambungan pembuluh darah arteri, sehingga darah arteri langsung masuk vena.
- e. Ruptur arteriol serebral, akibat hipertensi yang menimbulkan penebalan dan degenerasi pembuluh darah

4. Hypoksia Umum

- a. Hipertensi yang parah.
- b. Cardiac Pulmonary Arrest
- c. Cardiac output turun akibat aritmia

5. Hipoksia setempat

- a. Spasme arteri serebral, yang disertai perdarahan subarachnoid.

- b. Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migrain (Wijaya & Putri, 2013).

2.3.3 Manifestasi Klinis CVA

Menurut (Tarwoto, 2013) dalam (Geofani, 2017), manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Gejala klinis tersebut meliputi:

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (*hemiparise*) 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 pada 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.

- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

- c. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia

- d. Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada

stroke dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area Wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensori pasien tidak dapat menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren. Pada afasia global pasien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

e. Disatria (bicara cedel atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian, pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus cranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

f. Gangguan penglihatan, diplopia

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf cranial III, IV dan VI.

g. Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus cranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esophagus.

h. Inkontinensia

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

i. Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

National Stroke Association merekomendasikan metode FAST untuk membantu mengidentifikasi tanda dan gejala stroke:

- 1). F (face/wajah) saat tersenyum, apakah satu sisi wajah turun kebawah (senyum mencong) / ada rasa baal disekitar mulut?
- 2). A (Arms/lengan) bila mengakat kedua lengan, apakah satu lengan terkulai lemas jatuh kebawah?
- 3). S (speech/bicara) apakah ucapan tidak jelas, suara pelo/parau/cadel/sengau, apakah ada perubahan dari volume suara, apakah sulit untuk bicara.
- 4). T (Time/waktu) jika mengalami gejala ini segera pergi kerumah sakit terdekat, hal ini diperlukan agar dapat menerima perawatan diunit stroke rumah sakit dalam waktu 3 jam sejak kedatangan (Janah, 2019).

2.3.4 Klasifikasi Klinis CVA

Besarnya CVA (*CerebroVaskuler Accident*) ada 2 tipe menurut gejala kliniknya, yaitu:

1. Stroke Hemoregik

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subarachnoid yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah tertentu. Biasanya kerjadiannya saat melakukan aktivitas, atau bisa juga terjadi pada saat beristirahat. Pada stroke hemoregik umumnya kesadaran pasien akan menurun. Hal ini disebabkan oleh pecahnya pembuluh arteri, vena dan kapiler (Wijaya & Putri, 2013).

Perdarahan otak dibagi menjadi dua yaitu:

a. Perdarahan Intraserebral

Pecahnya pembuluh darah terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, kemudian membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema pada otak. Peningkatan TIK (Tekanan Intra Kranial) yang terjadi sangat cepat dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intraserebral yang disebabkan oleh hipertensi yang sering dijumpai di daerah putamen, dan serebelum.

b. Perdarahan Subarachnoid

Perdarahan ini disebabkan oleh pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi Willis dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke dalam ruang subarachnoid menyebabkan TIK (Tekanan Intra Kranial) meningkat secara mendadak meregangnya struktur peka nyeri dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat pada disfungsi otak secara global yang mengakibatkan terjadinya nyeri kepala, penurunan kesadaran. Pada disfungsi otak secara fokal hal ini dapat mengakibatkan hemiparese, gangguan hemi sensorik, dan afasia.

2. Stroke non hemoregik (Stroke iskemik)

Stroke non hemoregik biasanya berupa iskemia atau emboli dan 27metabolism serebral, yang terjadi pada saat beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan pada stroke non hemoregik atau stroke iskemik, namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan mengakibatkan edema sekunder. Pada umumnya penderita stroke non hemoregik ini memiliki kesadaran yang baik pada saat terjadinya stroke iskemik.

Menurut perjalanan penyakit atau stadium pada *stroke iskemik*:

a. TIA (*Trans iskemik Attack*)

Gangguan neurologis yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam dengan gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dalam waktu kurang dari 24 jam.

b. Stroke Involusi

Stroke yang dapat terus berkembang dimana gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk. Proses involusi ini dapat berjalan selama 24 jam atau beberapa hari.

c. Stroke Komplit

Gangguan neurologi yang dapat timbul dan sudah menetap atau permanen, karena serangan TIA (*Trans iskemik attack*) yang berulang-ulang (Wijaya & Putri, 2013).

2.3.5 Patofisiologi CVA

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terlambat karena thrombus dan embolus, maka mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan

selama 1 menit dapat mengarah pada gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Selanjutnya kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area nekrotik kemudian disebut infark. kekurangan oksigen pada awalnya mungkin, akibat dari bekuan darah, udara, plaque, atheroma flakmen lemak. Jika etiologi stroke maka hemoragik dan faktor pencetus adalah hipertensi. Abnormalitas vaskuler, aneurisma serabut dapat terjadi ruptur dan dapat menyebabkan hemoragik (Ayu, 2018).

Otak dapat berfungsi dengan baik jika aliran darah ke otak lancar dan tidak mengalami hambatan. Otak yang sehat menerima 15 persen dari total darah yang di pompa jantung dan otak mengonsumsi oksigen sekitar 20 persen dan glukosa 50 persen dari total energi tubuh. Jika persediaan oksigen dan nutrisi yang di bawa oleh sel – sel darah dan plasma terhalang oleh suatu bekuan darah atau terjadi trombotik pada dinding arteri yang mensuplai darah ke otak, maka akan terjadi stroke iskemik yang dapat berakibat kematian jaringan pada otak yang disuplai. Thrombotik atau emboli merupakan jenis bekuan darah dan pengerasan arteri yang disebut plak aterosklerotik melalui proses aterosklerosis yang merupakan penumpukan dari lemak darah arteri (ateroma) (Wardani, 2020).

Pada CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) thrombotik atau metabolik maka otak akan mengalami iskemia dan infark sulit ditentukan. Ada peluang dominan stroke akan meluas setelah serangan pertama hingga dapat terjadi edema serebral dan meningkat tekanan intrakranial (TIK) dan kematian pada area yang luas. Prognosisnya tergantung pada daerah otak yang terkena dan luasnya saat terkena.

Gangguan pasokan aliran darah otak dapat terjadi dimana saja didalam arteri yang membentuk sirkulasi Willis: arteri kerotis interna dan system vestibobasilar dan semua cabang-cabangnya. Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus, selama 15 sampai 20 menit akan terjadi infark atau kematian jaringan. Perlu dilihat bahwa oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan infark di daerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut (Wijaya, 2015) dalam (Ayu, 2018).

Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian di bandingkan keseluruhan penyakit serebro vaskular; karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum. Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hernisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus, dan pons. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral: Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4-6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung (Wijaya & Putri, 2013) dalam (Nggebu, 2019).

2.3.6 Pemeriksaan Diagnostik

1. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti CVA perdarahan arteriovenal atau adanya ruptur. Biasanya pada CVA perdarahan akan ditemukan adanya *aneurism*.

2. Elektro encefalography

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

3. Sinar X tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada thrombus serebral. Klafisikasi parsial dinding, aneurisma pada pendarahan subarachnoid.

4. Ultrasonography Doppler

Menentukan posisi serta besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

5. CT Scan

Memperhatikan secara spesifik letak edema, posisi hematoma,adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, serta posisinya secara pasti. Hasil pemerksaan biasanya didapatkan *hiperdens fokal*, kadang masuk ke ventrikel atau menyebar ke permukaan otak.

6. MRI

Menentukan posisi serta besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

7. Foto thorax

Dengan dilakukannya foto thorax dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke (Wijaya & Putri, 2013).

2.3.7 Komplikasi CVA

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral, dan luasnya area cedera.

- a. Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. Pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin serta hematokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenisasi jaringan.
- b. Aliran darah serebral bergantung pada tekanan darah. Curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat (cairan intravena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi atau hipotensi eksterm perlu dihindari dari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera.
- c. Embolisme serebral dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral. Disritmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan

pengehentika trombus lokal. Selain itu, disritmia dapat menyebabkan embolus serebral dan harus diperbaiki (Wasena, 2019).

2.3.8 Penatalaksanaan

Menurut (Tarwoto, 2013) dalam (Geofani, 2017), penatalaksanaan stroke terbagi atas :

a. Penatalaksanaan umum

1) Pada fase akut

a) Terapi cairan, stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. *The American Heart Association* sudah menganjurkan normal saline 50 ml/jam selama jam-jam pertama dari stroke iskemik akut. Segera setelah stroke hemodinamik stabil, terapi cairan rumatan bisa diberikan sebagai KAEN 3B/KAEN 3A. Kedua larutan ini lebih baik pada dehidrasi hipertonik serta memenuhi kebutuhan hemoestasis kalium dan natrium. Setelah fase akut stroke, larutan rumatan bisa diberikan untuk memelihara hemoestasis elektrolit, khususnya kalium dan natrium.

b) Terapi oksigen, pasien stroke iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator, merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri

- c) Penatalaksanaan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK) Peningkatan intra cranial biasanya disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, control atau pengendalian tekanan darah
- d) Monitor fungsi pernapasan: Analisa Gas Darah
- e) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG
- f) Evaluasi status cairan dan elektrolit
- g) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri
- h) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi labung dan pemberian makanan
- i) Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan antikoagulan
- j) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus cranial dan reflex

2) Fase rehabilitasi

- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat
- b) Program manajemen bladder dan bowel
- c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
- d) Pertahankan integritas kulit
- e) Pertahankan komunikasi yang efektif
- f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- g) Persiapan pasien pulang

3) Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo-peritoneal bila ada hidrosefalus obstruktif akut.

4) Terapi obat-obatan

a) Antihipertensi: Katropil, antagonis kalsium

b) Diuretic: manitol 20%, furosemid

c) Antikolvasan: fenitoin

Sedangkan menurut Batticaca (2008), terapi perdarahan dan perawatan pembuluh darah pada pasien stroke perdarahan adalah:

a) Antifibrinolitik untuk meningkatkan mikrosirkulasi dosis kecil

(1) Aminocaproic acid 100-150 ml% dalam cairan isotonic 2 kali selama 3-5 hari, kemudian 1 kali selama 1-3 hari

(2) Antagonis untuk pencegahan permanen : Gordox dosis pertama 300.000 IU kemudian 100.000 IU 4 kali perhari IV ; Contrical dosis pertama 30.000 ATU, kemudian 10.000 ATU 2 kali per hari selama 5-10 hari

b) Natrii Etamsylate (Dynone) 250 mg x 4 hari IV sampai 10 hari

c) Kalsium mengandung obat; Rutinium, Vicasolum, Ascorbicum

d) Profilaksis Vasospasme

(1) Calcium-channel antagonis (Nimotop 50 ml [10 mg per hari IV diberikan 2 mg per jam selama 10-14 hari])

(2) Berikan dexason 8 4 4 4 mg IV (pada kasus tanpa DM, perdarahan internal, hipertensi maligna) atau osmotik diuretic (dua hari sekali Rheugloman (Manitol) 15% 200 ml IV diikuti oleh 20 mg Lasix minimal 10-15 hari kemudian.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi suatu kesehatan klien. (Nursalam, 2008).

1. Identitas pasien

Meliputi nama, umur (semakin bertambah tua usia, semakin tinggi resikonya. Setelah berusia 55 tahun resikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa CVA terjadi pada orang lanjut usia karena CVA dapat menyerang semua kelompok umur), jenis kelamin (Pria lebih beresiko terkena CVA dari pada wanita, resiko CVA pria 1,25 lebih tinggi dari pada wanita, tetapi serangan CVA pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar), alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register (Wijaya & Putri, 2013).

2. Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan diri. Pada umumnya keluhan pasien CVA terjadi dua hal yaitu CVA *hemoragik* dan *non hemoragik*. CVA *hemoragik* biasanya memiliki keluhan perubahan tingkat kesadaran, sakit kepala berat, kelemahan pada salah satu sisi tubuh, mual muntah, menggigil/berkeringat, peningkatan *intracranial*, *afasia*, hipertensi hebat, distress pernafasan dan koma. Kemudian pada CVA *Non hemoragik* biasanya mengalami

perubahan tingkat kesadaran, mual muntah, kelemahan *reflex*, *afasia* (gangguan komunikasi), *difasia* (memahami kata), kesemutan, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar. (Rhestifujiayani, Huriani, & Muharriza, 2015).

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam metabolisme. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsive, dan koma. (Muttaqin, 2008).

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya Riwayat penyakit dahulu seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat antikoagulan, aspirin dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan oleh klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta. Adanya riwayat merokok, penggunaan obat-obatan, dan penggunaan kontrasepsi oral. (Muttaqin, 2008).

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga adalah suatu penyakit yang ditimbulkan karena keadaan keluarga yang tidak sehat ataupun kondisi lingkungan yang terkait. Adanya generasi dari keluarga yang memiliki keluhan yang sama dirasakan pada pasien. Dalam hal ini kaji penyakit penyerta yang pernah diderita keluarga pasien seperti hipertensi, diabetes mellitus dan obesitas, adakah keluarga

pasien yang menderita penyakit stroke sebelumnya seperti penyakit keturunan yang diperoleh dari beberapa mekanisme yaitu faktor 37etabol, faktor kepekaan 37etabol, faktor lingkungan, dan gaya hidup. (Muttaqin,2008).

6. Riwayat Psikososial

CVA memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga. (Hanum, Lubis, & Rasmaliah, 2017).

7. Nutrisi

1) *Antropometri*

Mengalami penurunan berat badan karena disfagia, nausea/vomiting dan hilang sensasi pada lidah. (Wijaya & Putri, 2013)

2) Diet

Ketidakmampuan untuk makan karena disfagia, nausea/vomiting dan hilangnya sensasi pada lidah.

8. Eliminasi

1) Sistem *urinary*

Perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urine, anuria. Distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan) (Padila, 2012).

9. Aktivitas dan Istirahat

1) Gejala: merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas sehari-hari terutama aktivitas dalam kebersihan diri karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia).

2) Tanda: gangguan tonus otot (flaksid, spastis): paralitik (hemiplegia) dan terjadi kelemahan umum. Gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran, kebersihan diri bergantung kepada orang lain atau keluarga (Wijaya & Putri, 2013).

10. Pemeriksaan Fisik

1). Kesadaran

Pada pasien stroke pada umumnya mengalami tingkat kesadaran seperti somnolen, apatis, sopor, soporos coma, hingga coma dengan GCS kurang dari 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat proses pemulihan terjadi peningkatan kesadaran letargi sampai komposmentis dengan GCS 13-15.

2). Tanda Tanda Vital

Pada pasien stroke hemoragic yang memiliki tekanan darah tinggi sering terjadi peningkatan darah kurang lebih 180/80 mmHg.

- a) Nadi normal
- b) Pernafasan normal
- c) Suhu dalam batas normal

3). *Head to toe*

a) Rambut

Tidak ada tanda tanda abnormal

b) Wajah

Biasanya terdapat belpasi, wajah pucat dan tidak simetris namun banyak juga pasien cva yang tidak mengalami kelumpuhan pada saraf wajah

c) Mata

Jika HB menurun dapat terjadi Anemis

d) Hidung

Tidak ada tanda tanda abnormal

e) Mulut dan Gigi

Pada umumnya pasien stroke terdapat masalah pada mulut yaitu terjadi belpasi bahkan kekakuan otot pada mulut, lidah kotor, serta mukosa bibir kering, namun banyak juga ditemui pada kasus cva hemoregik maupun infark pasien tidak mengalami gangguan pada otot atau saraf mulut.

f) Telinga

Tidak ada tanda tanda abnormal

g) Leher

Biasanya pada kasus penderita CVA pasien akan mengalami kekakuan pada leher

h) Thorax dan Paru

1. Paru

Inspeksi : simetris kanan dan kiri, tidak terdapat barrel chest, pigeon chest dan funnel chest

Palpasi : Vocal premitus kanan dan kiri sama

Perkusi : Sonor

Auskultasi : Vasikuler. Namun kadang terdengar ronchi jika pasien mengalami penurunan kesadaran yang cukup lama

i) Jantung

Inspeksi : ictus cordis tidak Nampak

Palpasi : teraba ictus cordis di ics 5 mid claviculasinistra

Perkusi : pekak

Auskultasi : BJ 1 dan BJ 2 tunggal

j) Abdomen

Inspeksi : simetris, tidak terdapat asites

Auskultasi : bising usus dalam rentang normal

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran pada hepar

Perkusi : Timpany

k) Ekstermitas

Pada penderita CVA umumnya mengalami kelamahan baik ekstremitas atas maupun bawah yaitu hemiplegidan hemiparese.

Paralisis dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh.

4) Pemeriksaan Neurologi

a) Tingkat Kesadaran

Pada kasus CVA pada fase rehabilitasi atau setelah fase akut tingkat kesadaran pasien CVA adalah *Composmentis*, dengan GCS pada kondisi pasien ini adalah E: 4 V: 5 M: 6

b) Tanda-Tanda Perangsangan Otak

Adakah tanda-tanda seperti kejang, nyeri kepala, Kaku kuduk yang diakibatkan oleh ketidaknormalan 40etabo persyarafan pada otak.

c) Fungsi Sensorik

Fungsi sensorik pada pasien CVA biasanya akan timbul berbagai kondisi yang menunjukkan adanya keabnormalan pada fungsi

sensorik seperti, jika dilakukan rabaan atau rangsang nyeri pada bagian tertentu penderita stroke tidak merasakan adanya rangsang nyeri tersebut, Kesemutan, dan Gangguan dalam keseimbangan. Bahkan tidak jarang yang tidak dapat merasakan posisi dan 41etabol bagian tubuh.

d) Fungsi Motorik

Banyak ditemukan berbagai kondisi pada pasien penderita CVA meliputi, kelemahan otot, gangguan menelan dan gangguan bicara.

e) Refleks

1. Reflek Fisiologis
2. Refleks Patologis

f) Pemeriksaan Saraf Kranial

1. Nervus I (Olfactorius)
2. Nervus II (Optikus)
3. Nervus III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlearis, Abdusen)
4. Nervus V (Trigeminus)
5. Nervus VII (Facialis)
6. Nervus VIII (vestibulokoklearis)
7. Nervus IX dan X (Glosofaringeal dan Vagus)
8. Nervus XI (Accessories)
9. Nervus XII (Hypoglosu)

5) Secondary Survey

1. B1 (Bright / penafasan) 1) Sumbatan jalan nafas karena penumpukan sputum dan kehilangan reflex batuk.

2) Adakah tanda – tanda lidah jatuh kebelakang 3) Auskultasi suara nafas mungkin ada tanda stridor 4) Cacat jumlah dan irama nafas

2. B2 (Blood / sirkulasi) Deteksi adanya: adanya tanda – tanda peningkatan TIK yaitu peningkatan tekanan darah disertai dengan pelebaran nadi dan penurunan jumlah nadi

3. B3 (Brain / persyarafan, otak) Kaji adanya keluhan sakit kepala hebat. Periksa adanya pupil, unilateral, observasi tingkat kesadaran Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologi, tergantung pada

lokasi lesi (pemuluh dara mana yang tersumbat) ukuran area perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah koleteral (sekunder dan asesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (brain) merupakan pemeriksaan focus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada system lain.

1. Pengkajian tingkat kesadaran

Kualitas kesadaran pada klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan klien dan respon terhadap lingkungan adalah indikator pling sensitif untuk disfungsi sistem pernafasan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan. Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran kliean stroke biasanya

berkisaran dalam tingkat latargi, stupor dan semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian Glasgow Coma Scale (GCS) sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi

untuk pemantauan pemberian asuhan. Penilaian, GCS : Penurunan kesadaran merupakan tanda utama trauma kapitis saat ini penurunan kesadaran dinilai menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS), dan merupakan keseharusan untuk dikuasai oleh setiap para medik (Ayu, 2018).

2.4.2 Diagnosis Keperawatan

- 1) Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (SDKI D.0017)
- 2) Gangguan Mobilitas Fisik b/d Gangguan Neuromuskular (SDKI D.0054)
- 3) Defisit Nutrisi b/d Ketidakmampuan Menelan Makanan (SDKI D.0019)
- 4) Defisit Perawatan Diri b/d Gangguan Neuromuskular (SDKI D.0109)
- 5) Gangguan Komunikasi Verbal b/d Gangguan Neuromuskular (SDKI D.0119)

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebaga pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien. Rencana keperawatan akan memberi informasi esensial bagi perawat guna memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi (Wardani, 2020).

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
 - a) Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)
Luaran utama: Pefusi Serebral
 - b) Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Intervensi utama: Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial

Observasi :

1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

R/: untuk menentukan penanganan yang tepat pada peningkatan TIK

2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)

R/: untuk menentukan penanganan yang tepat pada tanda-gejala yang muncul

3. Monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*)

R/: untuk mengetahui dan memantau status MAP pasien

4. Monitor CVP (*Central Venous Pressure*), jika perlu

R/: untuk mengetahui dan memantau status CVP pasien

5. Monitor ICP (*Intra Cranial Pressure*), jika tersedia

R/: untuk mengetahui dan memantau status ICP pasien

6. Monitor status pernapasan

R/: untuk mengetahui status pernapasan pasien

7. Monitor intake dan output cairan

R/: untuk mengetahui keseimbangan cairan pasien

8. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)

R/: untuk mengetahui keluaran cairan pasien

Terapeutik :

1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

R/: untuk memberikan stimulus ketenangan pada pasien

2. Berikan posisi semi fowler

R/: untuk mencegah peningkatan TIK

3. Cegah terjadinya kejang

R/: untuk mencegah terjadinya komplikasi

5. Hindari penggunaan PEEP

R/: untuk mencegah terjadinya komplikasi

6. Hindari pemberian cairan IV hipotonik

R/: untuk mencegah terjadinya komplikasi

7. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal

R/: untuk melancarkan pernapasan pasien

8. Pertahankan suhu tubuh normal

R/: untuk mencegah terjadinya komplikasi

Kolaborasi :

1. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu

R/: untuk mencegah terjadinya kejang

2. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu

R/: untuk meningkatkan jumlah cairan

3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

R/: untuk mencegah terjadinya konstipasi

2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular

a) Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama: Mobilitas Fisik

b) Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama: Dukungan Ambulasi

Observasi :

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

R/: untuk mengetahui tingkat nyeri pasien

2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi

R/: untuk mengetahui tingkat toleransi fisik pasien

3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi

R/: untuk mengetahui toleransi ambulasi pasien

4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi

R/: untuk memantau kondisi umum

Terapeutik :

1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)

R/: untuk membantu pasien dalam melakukan ambulasi

2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu

R/: untuk membantu pasien melakukan ambulasi

3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

R/: untuk membantu pasien melakukan ambulasi

Edukasi :

1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi

R/: untuk memberikan informasi kepada pasien dan keluarga

2. Anjurkan melakukan ambulasi dini

R/: Untuk melatih ambulasi pada pasien

3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

R/: untuk melatih ambulasi pada pasien

3. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan Menelan Makanan

a) Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama: Status Nutrisi

b) Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama: Manajemen Nutrisi

Observasi :

1. Identifikasi status nutrisi

R/: untuk mengetahui status nutrisi pasien

2. identifikasi alergi dan intoleransi makanan

R/: untuk mengetahui riwayat alergi pasien

3. identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric

R/: untuk memasukkan makanan ke pasien

4. monitor asupan makanan

R/: untuk memantau intake dan output pasien

5. monitor berat badan

R/: untuk memantau kebutuhan nutrisi

Terapeutik :

1. lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

R/: untuk memberikan kenyamanan pada pasien

2. sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

R/: untuk menambah nafsu makan pasien

3. hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi

R/: untuk melatih asupan oral pasien

Edukasi :

1. Anjurkan Posisi duduk, jika mampu

R/: untuk memberikan kenyamanan pasien

2. Ajarkan diet yang diprogramkan

R/: untuk memantau program diet pasien

Kolaborasi :

1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan

R/: untuk memberikan diet yang tetap

4. Defisit Perawatan diri berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular

a) Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama: Perawatan diri

b) Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama: Dukungan Perawatan Diri

Observasi :

1. identifikasi kebiasaan perawatan diri sesuai usia

R/: untuk mengetahui kebiasaan perawatan diri pasien

2. monitor tingkat kemandirian

R/: untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien

3. identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan

R/: untuk mengetahui alat yang digunakan pasien saat merawat diri

Terapeutik :

1. sediakan lingkungan yang terapeutik

R/: untuk memberikan kenyamanan pada pasien

2. siapkan keperluan pribadi

R/: untuk memudahkan pasien

3. damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri

R/: untuk memantau pasien

4. jadwalkan rutinitas perawatan diri

R/: untuk memberikan jadwal teratur

Edukasi :

1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

R/: agar pasien terbiasa dengan perawatan diri mandiri

5. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular

a) Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama: komunikasi Verbal

b) Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama: Promosi Komunikasi : Defisit Bicara

Observasi :

1. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara

R/: untuk mengetahui gangguan bicara pada pasien

Terapeutik :

1. Gunakan metode komunikasi alternative

R/: untuk memudahkan pasien dalam berkomunikasi

2. modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan

R/: untuk memudahkan pasien dalam berkomunikasi

3. ulangi apa yang disampaikan pasien

R/: untuk memudahkan pasien dalam berkomunikasi

4. gunakan juru bicara, jika perlu

R/: untuk memudahkan pasien dalam berkomunikasi

Edukasi :

1. anjurkan bicara perlahan

R/: untuk memudahkan pasien dalam berkomunikasi

Kolaborasi :

1. Rujuk ke ahli patologi atau terapis

R/: untuk mmeberikan rujukan lebih lanjut

2.4.4 Implementasi

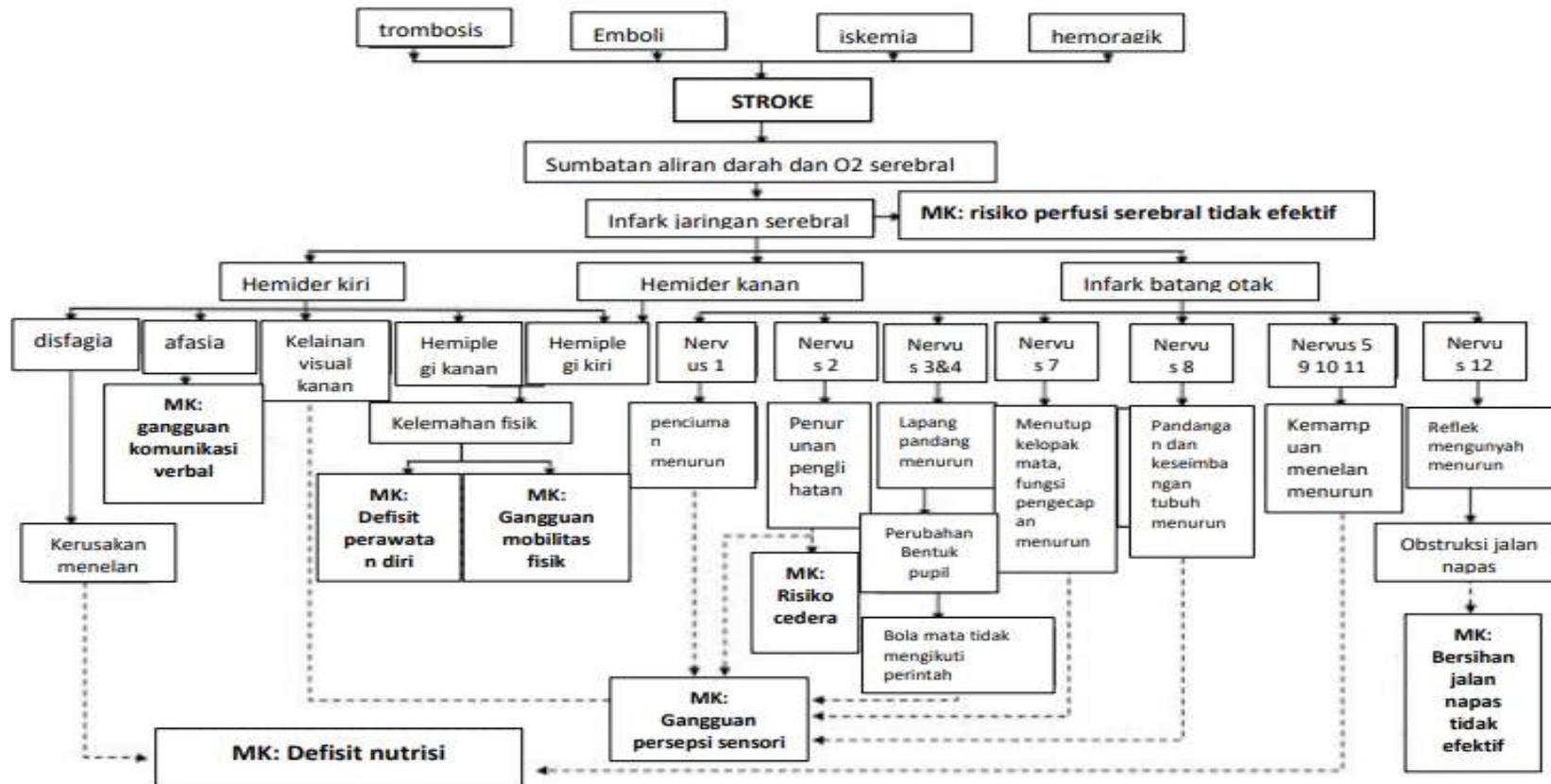
Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau

tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Meylinta, 2019).

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Sitanggang, 2018).

2.5 Kerangka Masalah Keperawatan



Sumber : (Brunner & Suddarth, 2010), (Wijaya & Putri, 2013), (Ayu, 2018), (Wardani, 2020)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilakukan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Pasien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 19 Mei 2021 di ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, terhadap Tn. K usia 49 tahun, berjenis kelamin laki – laki, baragama Islam, suku bangsa Jawa/ Indonesia, dan bertempat tinggal di Surabaya, memiliki 2 orang anak. Pendidikan terakhir SMA dan saat ini pasien sedang bekerja di TNI AL. Penanggung jawab biaya rumah sakit adalah pribadi. Pasien dirawat dengan diagnosis medis CVA. Pasien masuk melalui IGD pukul 13.00 dengan keluhan lemas dan tidak nafsu makan selama \pm 4 hari.

3.1.2 *Primary Survey*

Pasien datang dengan menggunakan mobil grab dibawa oleh istri dan anak pada pukul 13.00 di Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, pasien masuk IGD dengan menggunakan kursi roda, kondisi pada saat datang pasien lemas, akral dingin basah, mengalami hemiplegi pada tubuh bagian kiri.

Saat datang di IGD kondisi pasien lemah kesadaran komposmentis, GCS E: 4, V: , M: 4, kategori triase P2 warna kuning, dengan klasifikasi kasus medik *emergency non trauma*.

Hasil pemeriksaan di IGD keluhan utama pasien: Lemas, tidak bisa makan \pm 4 hari. Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit stroke sejak 4 tahun yang lalu sejak 4 hari yang lalu pasien terlihat lemas dan tidak bisa makan dan minum lalu keluarga pasien membawa pasien ke IGD RSPAL Dr. Ramelan untuk dilakukan pemeriksaan dan pengobatan lebih lanjut.

Riwayat penyakit dahulu istri pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan stroke sejak 4 tahun yang lalu. Istri pasien juga mengatakan jika pasien tidak memiliki riwayat alergi baik obat – obatan, atau makanan. Hasil vital sign pasien didapatkan tekanan darah 167/112 mmHg, Nadi 111x/menit (regular), pernapasan 22x/menit, SpO₂ 86% tanpa oksigen, suhu 36,2⁰ C, pasien tidak ada keluhan nyeri.

Pemeriksaan *Airway* jalan nafas pasien paten, tidak ada suara snoring atau gargling, *Breathing* didapatkan pergerakan dada simetris, irama pernafasan reguler, suara nafas tambahan ronkhi halus di daerah basal paru kanan dan kiri, pasien diberikan terapi oksigen nasal 4 lpm, SpO₂ 97%. *Circulation* didapatkan Irama jantung reguler, akral dingin, basah dan pucat. Membran mukosa normal, CRT < 2 detik, turgor kulit baik, tidak ada edema, tidak ada perdarahan. *Disability* didapatkan kesadaran komposmentis, GCS E: 4, V:3, M:4 pupil : isokor, ukuran 2mm/2mm reflek cahaya +/+, tidak ada fraktur, terdapat paralisis pada ekstremitas sebelah kiri.

3.1.3 Secondary Survey

Hasil pemeriksaan fisik Head to Toe didapatkan kulit teraba dingin, kering, pucat, ikterik (-/-). Kondisi kepala, Rambut warna hitam, sebagian ada yang sudah beruban tidak mudah dicabut, distribusi merata, tidak ada kelainan. Mata, palpebra edema (-/-), konjungtiva anemis (+/+), sklera ikterik (-/-), reflek cahaya (+/+), mata cekung (-), pupil: isokor. Telinga: otore (-/-), nyeri tekan (-/-), serumen (-), tidak ada reaksi alergi. Hidung: secret (-/-), epistaksis (-/-), tidak ada reaksi alergi dan pembesaran polip, terdapat pernapasan cuping hidung, terpasang oksigen nasal 4 lpm. Mulut dan gigi: gigi tidak ada caries gigi, pasien memakai gigi palsu, tidak ada sariawan, gusi tidak berdarah, bibir kering, tidak ada kesulitan menelan. Leher: kelenjar tiroid tidak membesar, tidak ada nyeri. Thoraks/dada: Bentuk dada normochest, paru-paru: inspeksi: simetris kanan kiri, tidak ada retraksi dinding dada, palpasi: fremitus simetris kanan kiri, Perkusi: sonor pada seluruh lapang paru, auskultasi: suara napas vesikuler, rhonci (+), wheezing (-), krepitasi (-). Jantung: inspeksi: iktus tidak terlihat, palpasi: kecepatan denyut apical 111x/menit, perkusi: batas jantung dalam batas normal, auskultasi: bunyi jantung S1 S2 tunggal, irama teratur regular. Abdomen: inspeksi: bentuk abdomen datar, palpasi: tidak ada nyeri tekan, hepar/ limpa tidak teraba, perkusi: timpani, auskultasi: bising usus (+) normal 10x/menit. Genetalia: saat ini pasien terpasang kateter dengan foley cath no. 16 balon 12ml, kondisi genetalia bersih. Musculoskeletal: edema ekstremitas tidak ada, akral teraba dingin, tidak ada fraktur, turgor kulit elastis, kontraktur persendian tidak ada, kesulitan pergerakan tidak ada. Pasien terpasang infus di tangan kiri dengan iv line no.20, CRT < 2detik.

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Tabel 3. 1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium tanggal 19 Mei 2021

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan
Leukosit	11.86	4.00-10.00
Hemoglobin	10.40	13-17
Hematokrit	32.60	40.0-54.0
Eritrosit	4.31	4.00-5.50
Trombosit	460.000	150-450
Albumin	2.66	3.8-5.1
Kreatinin	0.63	0.6-1.5
BUN	12	10-24
Natrium	131.0	135-147
Kalium	4.64	3.0-5.0
Clorida	98.3	95-105

2. Foto Thorax

Hasil CXR tanggal 19 Mei 2021

Cor: bentuk dan bentuk normal

Pulmo: infiltrate/perselubungan

Diaphragma ka/ki baik

Tulang2 baik

Cor dan pulmo normal

3.1.5 Penatalaksanaan Medis

Tabel 3. 2 Daftar terapi yang diberikan yaitu:

No	Obat yang diberikan	Dosis	Rute	Indikasi
1	Infus Nacl 0,9%	500mg	Infus	menggantikan cairan yang hilang akibat perdarahan, dehidrasi karena panas atau akibat suatu penyakit.
2	Infus	1000mg	infus	pemberin paracetamol bertujuan untuk menurunkan demam atau nyeri pada

	Paracetamol			pasien
3	Injeksi ranitidine	50mg	IV	pemberian ranitidine untuk dewasa adalah untuk eradikasi infeksi H. pylori, tukak lambung dan duodenal, dispepsia, GERD, esofagitis erosif, kondisi hipersekresi, stress ulcer, serta profilaksis aspirasi asam lambung sebelum anestesi umum
4	Injeksi Ondansetron	8mg	IV	pemberian ondansetron untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterapi, radioterapi, atau operasi

3.2 Diagnosa Keperawatan

3.2.1 Analisa Data

Penulis mengelompokkan data dari hasil pengkajian kemudian dianalisa sehingga dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

Tabel 3. 3 Analisa Data Pada Tn. K dengan Diagnosa Medis CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
Faktor Risiko Embolisme	-	Risiko perfusi serebral tidak efektif (SDKI D.0017)
DS= keluarga pasien mengatakan pasien lemas DO = - pasien terlihat lemas - kekuatan otot ekstremitas kiri pasien menurun - Sendi ekstremitas pasien terlihat kaku - retang gerak pasien terbatas - GCS 4/3/4	Gangguan Neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik (SDKI D.0054)

<p>DS = keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa makan dan minum sejak 2 hari yang lalu</p> <p>DO =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mukosa Pucat - Mata cowong - Otot pengunyah pasien lemah - Otot menelan lemah - Terdapat penurunan albumin = 2.66 - TD 167/112 MmHg RR 22x/menit N 112x/menit S 36,2 c 	<p>Ketidakmampuan Menelan makanan</p>	<p>Defisit Nutrisi (SDKI D.0019)</p>
--	---------------------------------------	--------------------------------------

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 4 Intervensi Keperawatan Pada Tn. K dengan Diagnosa Medis CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1.	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif (SDKI D.0017)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tingkat kesadaran meningkat 2. TIK menurun 3. nilai rata-rata tekanan darah membaik 4. kesadaran membaik <p>(SLKI L.02014 Hal 86)</p>	<p>MANAJEMEN PENINGKATAN TEKANAN INTRAKRANIAL (SIKI 1.06194)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) 4. Monitor CVP (<i>Central Venous Pressure</i>), jika perlu 5. Monitor PAWP, jika perlu

			<p>6. Monitor PAP, jika perlu</p> <p>7. Monitor ICP (<i>Intra Cranial Pressure</i>), jika tersedia</p> <p>8. Monitor CPP (<i>Cerebral Perfusion Pressure</i>)</p> <p>9. Monitor gelombang ICP</p> <p>10. Monitor status pernapasan</p> <p>11. Monitor intake dan output cairan</p> <p>12. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler 3. Hindari maneuver Valsava 4. Cegah terjadinya kejang 5. Hindari penggunaan PEEP 6. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 7. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal 8. Pertahankan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
2.	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular (SDKI D.0054)	setelah dilakukan tindak keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat	<p>DUKUNGAN AMBULASI (SIKI 1.06171)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

		<p>dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pergerakan ekstremitas meningkat 2. kekuatan otot meingkat 3. rentang gerak (ROM) meningkat (SLKI L.05042 Hal 65) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
3	Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan Menelan Makanan (SDKI D.0019)	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan status nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. porsi makanan yang dihabiskan meningkat 	<p>MANAJEMEN NUTRISI (SIKI 1.03119)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 4. monitor asupan makanan 5. monitor berat badan

		<p>2. berat badan atau IMT meningkat</p> <p>3. frekuensi makan meningkat</p> <p>4. nafsu makan meningkat</p> <p>5. perasaan cepat kenyang meningkat (SLKI L.03030).</p>	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lakukan oral hygiene sebelum 2. sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 3. hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastric jika asupan oran dapat ditoleransi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan Posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis
--	--	---	--

3.4 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pada Tn. K dengan Diagnosa Medis CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Hari/Tgl	No Dx	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan	Paraf
19-Mei-2021	1,2,3	13.00	- Melakukan pengkajian data serta observasi kepada pasien = Keadaan umum pasien tampak lemah, GCS 434, kesadaran composmentis, Akral: Hangat, basah, merah	φ	DX 1: Risiko perfusi serebral tidak efektif S: - O :	φ
	1,2,3	13.10	- Mengobservasi TTV: TD: 167/ 112 mmHg N: 111 x/menit S: 36,2°C RR: 22 x/menit (O2 nasal canule 3 lpm)	φ	- kondisi klinis terkait stroke - pasien tampak lemah - TD 167/112 MmHg - S 36,2°C - RR 22x/menit - N 111x.menit	φ
	1,2,3	13.15	- Melakukan pemasangan Infus untuk mengganti cairan tubuh yang hilang (Cairan Nacl 0,9% IV Line no. 20)	φ	- terpasang infus Nacl 0,9% 7tpm - terpasang oksigen nasal 4 lpm - terpasang kateter urine no. 16 - terpasang NGT no.16 A : masalah belum teratasi P : Intervensi dihentikan pasien pindah ruangan	
	3	13.25	- Melakukan Pengambilan darah untuk pemeriksaan laboratorium	φ	DX 2 Gangguan Mobilitas Fisik	

	1,2,3	13.40	- Memberikan injeksi obata atas advis dokter (Inj. Ranitidine 50mg/iv, inj. Ondancentron 8mg/iv)	φ	S : - O :	φ
	1,2,3	13.50	- Memasang Oksigen dan memonitor kecepatan aliran oksigen dan efektifitas pemberian oksigen (terpasang Nasal canul 3lpm dengan SPO2: 98%)	φ	- sendi ekstremitas kiri pasien tampak kaku - rentang gerak terbatas - pasien tampak lemah - TD 167/112 MmHg - S 36,2°C - RR 22x/menit - N 111x.menit	φ
	1	13.55	- Memonitor Intake dan Ouput Cairan pasien	φ	- terpasang infus Nacl 0,9% 7tpm - terpasang oksigen nasal 4 lpm - terpasang kateter urine no. 16	
	1	14.05	- Melakukan pemasangan Kateter urine (Kateter no 16 cuff 15cc)	φ	- terpasang NGT no.16 - GCS 434	
	1,2,3	14.15	- Melakukan pemeriksaan EKG atas Advis dokter	φ	A : masalah belum teratasi P : Intervensi dihentikan pasien pindah ruangan	
	2	14.20	- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain	φ	DX 3 Defisit Nutrisi	
	2	14.25	- Identifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi (pasien hanya bisa sedikit menggerakkan ekstremitas bagian kanan)	φ	S : - O :	φ
	3	14.30	- Memonitor asupan dan keluaranya	φ	- pasien tampak lemah - mukosa kering - mata tampak cowong - TD 167/112 MmHg - S 36,2°C - RR 22x/menit	

			makanan dan cairan serta kebutuhan kalori			
	3	14.55	- Melakukan pemasangan NGT untuk mempermudah masuknya asupan makanan (NGT no 16)	φ	- N 111x.menit - terpasang infus Nacl 0,9% 7tpm - terpasang oksigen nasal 4 lpm - terpasang kateter urine no. 16 - terpasang NGT no.16 - Hasil pemeriksaan albumin 2.66	φ
	1,2,3	16.00	- Mengantarkan pasien untuk melakukan pemeriksaan Radiologi photo thorax (Hasil: Diaphragma ka/ki baik, cor dan pulmonal normal)	φ	A : masalah belum teratasi P : Intervensi dihentikan pasien pindah ruangan	
	3	16.30	- Memantau hasil laboratorium pasien dengan (Hasil: Leukosit 11.86, HB, 10.40, Hematokrit 32.60, Eritrosit 4.31, Trombosit 460.000, Albumin 2.66)	φ		
	1,2,3	16.40	- Melakukan konsultasi dengan dokter terkait hasil pemantauan dan perkembangan pasien			
			- Pasien pindah ruang rawat inap A1	φ		
	1,2,3	18.15		φ		

--	--	--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan tentang gambaran umum ruang Instalasi Gawat Darurat dan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA (*Cerebro Vascular Accident*) di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses keperawatan ini dimulai dari analisis masalah dan intervensi keperawatan sesuai dengan teori dan intervensi keperawatan sesuai dengan kasus.

4.1 Gambaran Umum Ruang Intalasi Gawat Darurat (IGD)

Ruang Instalasi Gawat Darurat di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya terdiri dari 17 tempat tidur, 3 tempat tidur untuk observasi di IGD P3, 7 tempat tidur untuk Observasi di IGD P2, 4 tempat tidur untuk ruang tindakan IGD P1, 3 tempat tidur untuk ruang PONEK. Kepala ruangan dipimpin oleh Kapten Edi S.Kep., Ns, dengan jumlah perawat sebanyak 25 orang, jumlah dokter sebanyak 15 orang, *driver ambulance* sebanyak 6 orang, dan *Nurse Aid* sebanyak 1 orang. Batas letak ruang IGD, Batas Utara: ruang IGD P2, Batas Barat: pusat informasi IGD, Batas Timur: ruang ponek, dan Batas Selatan: ruang radiologi.

4.2 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 19 Mei 2021 di ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, terhadap Tn. K, usia 49 tahun, berjenis kelamin laki – laki, Pasien dirawat dengan diagnosis medis CVA (*Cerebro Vascular Accident*). Pasien masuk melalui IGD pukul 13.00 WIB dengan keluhan lemas dan tidak bisa makan selama 4 hari. Berdasarkan data yang berhasil dikumpulkan oleh Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki), masalah stroke semakin penting dan mendesak karena kini jumlah penderita stroke di Indonesia adalah terbanyak dan menduduki urutan pertama di Asia. Jumlah kematian yang disebabkan oleh stroke menduduki urutan kedua pada usia diatas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15-59 tahun (Overman, 2005). Secara garis besar faktor risiko stroke dibagi atas faktor risiko yang dapat dimodifikasi (*modifiable*) dan yang tidak dapat di modifikasi (*nonmodifiable*). Faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi diantaranya adalah hipertensi, penyakit jantung (fibrilasi atrium), diabetes mellitus, merokok, mengkonsumsi alkohol, hiperlipidemia, kurang aktifitas, dan stenosis arteri karotis sedangkan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi antara lain usia, jenis kelamin, ras/suku, dan faktor genetik (Qurbany & Wibowo, 2016). Penulis berasumsi bahwa tanda-tanda dan gejala yang dialami oleh pasien seperti hemiplegia sudah dapat dipastikan bahwa pasien menderita penyakit CVA.

Pasien datang dengan menggunakan mobil grab dibawa oleh keluarganya pada pukul 13.00 di Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr, Ramelan Surabaya, pasien masuk IGD dengan menggunakan bed, kondisi pada saat datang pasien lemas, terdapat ke kakuan pada ekstremitas bagian kiri. Keluhan utama yang

dirasakan pada pasien dengan diagnosa medis CVA memiliki persamaan yaitu terdapat hemiplegi pada separuh bagian tubuh. Menurut (Ayu, 2018) Gejala klinis pada pasien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) yaitu 1) Kehilangan Motorik CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) adalah penyakit otot neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik, misalnya : Hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh), Hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh), Menurunnya tonus otot abnormal, 2) Kehilangan komunikasi Fungsi otak yang dipengaruhi oleh CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) adalah bahasa dan komunikasi, misalnya : Disartria, yaitu kesulitan berbicara yang ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara, Disfasia atau afasia atau kehilangan bicara yang terutama ekspresif atau arefresif. Apraksia yaitu ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya, 3) Gangguan persepsi seperti a. Hemonimus hemianopsia, yaitu kehilangan setengah lapang pandang dimana sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis, b. Amorfosintesis, yaitu keadaan dimana cenderung berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan mengabaikan sisi atau ruang yang sakit tersebut, c. Gangguan hubungan visual spasia, yaitu gangguan dalam mendapatkan hubungan dua atau lebih objektif dalam area spasial, d. Kehilangan sensori, antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh (kehilangan propioseptik) sulit menginterpretasikan stimulasi visual, taktil auditorius. Asumsi Penulis kesulitan menelan yang dialami oleh pasien yang mengakibatkan pasien tidak dapat makan adalah termasuk tanda dan gejala pada penderita CVA karena terjadinya paralisis otot yang biasa terjadi pada pasien CVA.

Hasil pemeriksaan di IGD keluhan utama pasien: pasien lemas sudah 2 hari yang lalu, pasien tidak mampu menelan makanan sudah selama 4 hari, terdapat kekakuan di ekstremitas sebelah kiri. Menurut (Rahma, Wibowo, & Felisitas. Sr, 2019) CVA dapat mengakibatkan berbagai macam gangguan dalam fungsi tubuh seperti gangguan fungsi kognitif, sirkulasi, kekuatan otot, fungsi perifer, fisiologis yang akan berpengaruh pada sistem sensorik dan motorik penderita sehingga dari gangguan tersebut penderita akan mengalami immobilisasi yaitu ketidakmampuan untuk bergerak secara aktif akibat berbagai penyakit atau impairment (gangguan pada alat atau organ tubuh) yang bersifat fisik atau mental. Asumsi Penulis terhadap ketidakmampuan pasien menelan makanan adalah disebabkan oleh gangguan dalam fungsi tubuh yang biasanya terjadi pada pasien dengan CVA yaitu Hemiplegia, hemiparalysis, Afasia dll.

Riwayat penyakit dahulu, istri pasien mengatakan jika pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 4 tahun yang lalu. istri pasien mengatakan jika pasien tidak memiliki alergi baik obat-obatan maupun makanan. Faktor resiko pada pasien CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) yaitu 1) Usia, jenis kelamin, ras, riwayat keluarga, riwayat TIA atau stroke, 2) Hiperlipidemia, 3) Hipertensi Merupakan faktor resiko utama. Hipertensi dapat disebabkan arterosklerosis pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah tersebut mengalami penebalan dan degenerasi yang kemudian pecah atau menimbulkan perdarahan, 4) Penyakit kardiovaskuler Misalnya embilisme serebral berasal dari jantung seperti penyakit arteri koronia, gagal jantung kongestif, MCI, hipertrofli ventrikel kiri. pada febrilasi atrium menyebabkan penurunan CO, sehingga perfusi darah ke otak menurun, maka otak akan kekurangan oksigen yang akhirnya dapat terjadi stroke.

Pada arterosklerosis elastisitas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi ke otak menurun juga pada akhirnya terjadi stroke, 5) Diabetes mellitus Pada penyakit DM akan mengalami penyakit vaskuler, sehingga terjadi mikrovaskulerisasi dan terjadi aterosklerosis elastisitas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi ke otak menurun juga ada akhirnya terjadi stroke, 6) Arterosklerosis Pada arterosklerosi, elastitas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi otak menurun juga sehingga menyebabkan stroke (Wardani, 2020). Asumsi Penulis adalah penyebab pasien mengalami CVA adalah riwayat penyakit dahulu pasien yaitu hipertensi yang menjadi salah satu faktor penyebab munculnya CVA.

Saat datang ke IGD pasien lemas, kesulitan menelan makanan, dan terdapat hemiplegi sebelah kiri dengan hasil pemeriksaan fisik tanda-tanda vital GCS E:4 V:3 M:4, tekanan darah 167/112 mmHg, Nadi 111x/menit (regular), pernapasan 22x/menit, SpO₂ 86% tanpa oksigen, suhu 36,2⁰ C (aksila). Pemeriksaan fisik didapatkan tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada retraksi dada. Sindrom klinis yang dapat terlihat dari CVA adalah kebingungan tiba-tiba, seperti kesulitan memahami apa yang seseorang katakan, kesulitan berjalan, pusing tiba-tiba, atau kehilangan keseimbangan, sakit kepala mendadak dan parah yang tidak diketahui penyebabnya, mual dan muntah, kesulitan melihat dari salah satu atau kedua mata, penglihatan kabur, ganda atau kehilangan penglihatan, kesadaran menurun/ hilag kesadaran, sakit saat menggerakkan mata, kelemahan yang mungkin memengaruhi salah satu anggota gerak, setengah bagian dari tubuh, atau keempat anggota gerak (lengan dan kaki) (Janah, 2019). Asumsi Penulis biasanya pada pasien dengan CVA terjadi tanda dan gejala klinis seperti

hemiplegia dan afasia (kesulitan menelan) hal ini dikarenakan terjadinya paralisis otot pada pasien dengan CVA.

Hasil pemeriksaan Laborat Tn. K tanggal 19 Mei 2021 Hasil: leukosit 11.86, HB 10.40, hematokrit 32.60, Eritrosit 4.31, Trombosit 460.000, albumin 2.66, kreatinin 0.63, BUN 12. Stroke atau *Cerebro Vaskuler Accident* (CVA) dapat menyerang siapa saja terutama penderita penyakit– penyakit kronis, seperti tekanan darah tinggi, kencing manis, jantung, kadar kolestrol tinggi, penyempitan pembuluh darah, penebalan pembuluh darah, obesitas dan lain-lain. Tetapi pada umumnya stroke rentan terjadi pada penderita tekanan darah tinggi, untuk itu penderita pnyakit kronis haruslah mewaspadaai dan mengantisipasi terjadinya serangan stroke. Penyakit stroke berkitan dengan tekanan darah tinggi yang mempengaruhi munculnya kerusakan dinding pembuluh darah sehingga dinding pembuluh darah tidak merata. Akibatnya, zat-zat yang terlarut seperti, kolestrol, kalium dan lain sebagainya akan mengendap pada dinding pembuluh darah yang dikenal dengan istilah penyempitan pembuluh darah. apabila penyempitan pembuluh darah terjadi dalam waktu lama, akan mengakibatkan suplai darah keotak berkurang, bahkan terhenti yang selanjutnya dapat menimbulkan stroke (Pudiastuti, 201) dalam (Ayu, 2018). Dari data diatas penulis berasumsi bahwa hasil dari ketidakmampuan pasien menelan makanan yang mengakibatkan pasien mengalami defisit nutrisi mengakibatkan kadar albumin dalam tubuh pasien menurun hal ini dibuktikan dalam hasil laboratorium pasien.

Hasil pemeriksaan radiologi thorax foto Tn. K pada tanggal 19 Mei 2021 yang dilakukan ditemukan gambaran Cor: bentuk dan bentuk normal, Pulmo: infiltrate/perselubungan, Diaphragma ka/ki baik, Tulang2 baik, Cor dan

pulmo normal. Pemeriksaan foto thorax berfungsi untuk dapat memperlihatkan keadaan jantung. Serta mengidentifikasi kelainan paru yang potensial mempengaruhi proses manajemen dan memperburuk prognosis (Nusatirin, 2018). Dari data diatas penulis berasumsi keadaan jantung dan paru-paru pasien normal dan tidak terdapat pembengkakan hal ini dibuktikan dalam hasil photo thorax pasien.

4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada tinjauan kasus diatas, yaitu:

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Diperoleh data pada pemeriksaan fisik GCS E:4 V:3 M:4, tekanan darah 167/112 mmHg, Nadi 111x/menit (regular), pernapasan 22x/menit, SpO₂ 86% tanpa oksigen, suhu 36,2⁰ C, Hasil Laboratorium leukosit 11.86, HB 10.40, hematokrit 32.60, Eritrosit 4.31, Trombosit 460.000, albumin 2.66, kreatinin 0.63, BUN 12. Menurut SDKI (2017) pada domain D.0017, menjelaskan faktor terdapat faktor risiko hipertensi dan embolisme dimana pasien sudah memiliki riwayat penyakit hipertensi dan stroke sejak 4 tahun yang lalu dan beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak. Masalah keperawatan yang pertama ini menjadi masalah prioritas pada asuhan keperawatan pasien dengan diagnose medis CVA dikarenakan pasien mengalami masalah pada sirkulasi darah menuju ke otak. Masalah ini menjadi perhatian khusus dan memerlukan observasi ketat agar terhindar dari kondisi ketidakefektifan perfusi serebral. Manajemen perfusi serebral yang dapat dilakukan untuk

meningkatkan perfusi serebral yaitu mengatur posisi kepala pasien pada posisi 300 untuk meningkatkan venous drainage dari kepala dan elevasi kepala dapat menurunkan tekanan darah sistemik mungkin dapat dikompromi oleh tekanan perfusi serebral (Nurarif & Kusuma, 2015). Penulis berasumsi bahwa penyebab dari CVA yang dialami oleh pasien berasal dari riwayat penyakit dahulu pasien yaitu Hipertensi dan embolisme yang dapat menyebabkan ketidakefektifan aliran darah menuju otak dan akana menimbulkan masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif.

2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular

Diperoleh data pada pemeriksaan fisik GCS E:4 V:3 M:4, tekanan darah 167/112 mmHg, Nadi 111x/menit (regular), pernapasan 22x/menit, SpO₂ 86% tanpa oksigen, suhu 36,2⁰ C, Hasil Laboratorium leukosit 11.86, HB 10.40, hematokrit 32.60, Eritrosit 4.31, Trombosit 460.000, albumin 2.66, kreatinin 0.63, BUN 12, terdapat hemiplegia ekstremitas bagian kiri. Menurut SDKI (2017) pada domain D.0054, menjelaskan pada data objektif gangguan mobilitas fisik tanda mayor minor yang terdapat pada Tn. K yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, sendi kaku, dan fisik lemah. Disfungsi motorik yang terjadi mengakibatkan pasien mengalami keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya sehingga meningkatkan risiko

terjadinya komplikasi. Komplikasi akibat imobilisasi menyebabkan 51% kematian pada 30 hari pertama setelah terjadinya serangan stroke iskemik. Imobilitas juga dapat menyebabkan kekakuan sendi (kontraktur), komplikasi ortopedik, atrofi otot, dan kelumpuhan saraf akibat penekanan yang lama (*nerve pressure palsies*) (Sari et al, 2015). Penulis berasumsi gangguan mobilitas fisik yang dialami oleh pasien diakibatkan oleh Paralisis otot yang biasanya terjadi pada pasien CVA sehingga pasien mengalami hemiplegia.

3. Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor risiko ketidakmampuan menelan makanan

Diperoleh data pada pemeriksaan fisik GCS E:4 V:3 M:4, tekanan darah 167/112 mmHg, Nadi 111x/menit (regular), pernapasan 22x/menit, SpO₂ 86% tanpa oksigen, suhu 36,2⁰ C, Hasil Laboratorium leukosit 11.86, HB 10.40, hematokrit 32.60, Eritrosit 4.31, Trombosit 460.000, albumin 2.66, kreatinin 0.63, BUN 12, keluarga pasien mengeluh pasien kesulitan menelan makanan. Menurut SDKI (2017) pada domain D.0032, menjelaskan pada faktor risiko terdapat ketidakmampuan menelan makanan dengan kondisi klinis terkait stroke. Menurut (Arif, 2017) disfagia merupakan salah satu masalah yang timbul akibat stroke, dimana pasien stroke akan kesulitan dalam menelan cairan atau makanan. Disfagia dapat mejadi ancaman yang serius terhadap pasien stroke karena adanya resiko pneumonia aspirasi, malnutrisi, dehidrasi, penurunan berat badan, dan

sumbatan jalan napas. Menurut (Mulyatsih, 2009) dalam (Arif, 2017) penanganan disfagia ditujukan untuk menurunkan risiko aspirasi, meningkatkan kemampuan makan dan menelan, serta mengoptimalkan status nutrisi. Intervensi yang dianjurkan pada kasus stroke dengan disfagia mencakup modifikasi diet, manuver kompensatori, serta latihan menelan (*swallowing therapy*). Penulis berasumsi ketidakmampuan pasien menelan makanan yang berakibat dari hemiplegia yang di alami pasien menyebabkan defisit nutrisi karena tidak ada intake makanan yang dapat masuk ke tubuh.

Diagnosa yang tidak muncul pada kasus Tn. K tetapi ada dalam tinjauan pustaka yaitu:

1. Gangguan Komunikasi Verbal b/d Gangguan Neuromuskular (SDKI D.0119) Hal 264
2. Gangguan Persepsi Sensori b/d Gangguan Penglihatan, Gangguan Pendengaran, gangguan Penghidungan, Gangguan Perabaan (SDKI D.0085) Hal 190
3. Defisit Perawatan Diri b/d Gangguan Neuromuskuler (SDKI D.0109) Hal 240

4.4 Intervensi Keperawatan

Pembuatan intervensi keperawatan menyesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang muncul. Setiap diagnosa keperawatan yang muncul memiliki tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan sebagai penilaian keberhasilan implementasi yang diberikan.

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (SDKI D.0017)

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: 1. tingkat kesadaran meningkat 2. TIK menurun 3. nilai rata-rata tekanan darah membaik 4. kesadaran membaik (SLKI L.02014).

Rencana tindakan keparawatan yang dilakukan adalah: 1) Observasi: Identifikasi penyebab peningkatan TIK, 2) Monitor tanda gejala peningkatan TIK, 3) Monitor MAP, 4) Monitor status pernapasan, 5) Monitor intake dan output cairan, 6) Terapeutik: minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, 7) Berikan posisi semi fowler, 8) Cegah terjadinya kejang, 9) Pertahankan suhu tubuh normal, 10) Kolaborasi: Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonsulsan, *jika perlu*, 11) Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, *jika perlu*, 12) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, *jika perlu* (SIKI 1.06194).

Manajemen perfusi serebral yang dapat dilakukan untuk meningkatkan perfusi serebral yaitu mengatur posisi kepala pasien pada posisi 30° untuk meningkatkan venous drainage dari kepala dan elevasi kepala dapat menurunkan tekanan darah sistemik mungkin dapat dikompromi oleh tekanan perfusi serebral (Nurarif & Kusuma, 2015).

2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (SDKI D.0054).

Tujuan: setelah dilakukan tindak keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. pergerakan ekstremitas meningkat, 2. kekuatan otot meingkat, 3. rentang gerak (ROM) meningkat (SLKI L.05042).

Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan adalah: 1) Observasi: Identifikasi adanya nyeri atau keluhan disik lainnya, 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi, 4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, 5) Terapeutik: Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk), 6) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu, 7) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, 8) Edukasi: Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, 9) Anjurkan melakukan ambulasi dini, 10) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi) (SIKI 1.0617).

Beberapa tindakan yang harus dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas antara lain membantu klien ambulasi/berjalan menggunakan alat bantu maupun tidak, perlu adanya support system dari keluarga, melakukan komunikasi terapeutik kepada klien dengan memberikan motivasi, mengkondisikan lingkungan agar tetap tenang, mengatur posisi tubuh sesuai kebutuhan klien dan ketahanan tubuh serta melakukan Range of Motion (ROM) aktif dan pasif (Saputri et al., 2018).

3. Risiko Defisit Nutrisi berhubungan Ketidakmampuan Menelan Makanan (SDKI D.0032)

Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil: 1. porsi makanan yang dihabiskan meningkat, 2. berat badan atau IMT meningkat, 3. frekuensi makan

meningkat, 4. nafsu makan meningkat, 5. perasaan cepat kenyang meningkat (SLKI L.03030).

Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan adalah: 1) Observasi: Monitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori, 2) Terapeutik: Timbang berat badan secara rutin, 3) diskusikan perilaku makanan dan jumlah aktivitas fisik yang sesuai, 4) lakukan kontak perilaku, 5) berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku, 6) rencanakan program pengobatan untuk perawatan di rumah, 7) Edukasi: Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu penguatan makanan, 8) ajarkan pengaturan diri yang tepat, 9) ajarkan keterampilan coping untuk penyelesaian masalah perilaku makan, 10) Kolaborasi: Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan kebutuhan kalori dan pilihan makanan (SIKI 1.03111).

Rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi defisit nutrisi, yaitu mengobservasi intake dan output pasien, menganjurkan pasien untuk makan sedikit tetapi sering, menganjurkan pasien makan selagi hangat, kolaborasi ahli gizi untuk pemberian diet. Penulis menyimpulkan bahwa pemberian edukasi tentang nutrisi secara adekuat akan memberikan energi positif kepada pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus – menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011). Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan

keperawatan yang dimana peneliti menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Tn. K disesuaikan dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara objektif maupun secara subjektif.

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada pasien Tn. K dengan diagnosa medis CVA (*Cerebro Vascular Accident*), dilakukan evaluasi keperawatan hari pertama sebelum pasien diantar keruang perawatan tanggal 19 Mei 2021 didapatkan masalah keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dengan keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi dan CVA sudah dari 4 tahun yang lalu dan pasien datang ke IGD dengan keadaan Hemiplegi ekstremitas bagian kiri. Pengkajian tanda – tanda vital didapatkan tekanan darah: 167/112mmHg, nadi: 112x/menit (reguler), Pernapasan: 22x/menit (terpasang Nasal 4 lpm), SpO₂: 97% dengan Nasal 4 lpm, Suhu: 36,2 ° C (Aksila), CRT <2 detik. Dari hasil pemeriksaan darah lengkap (Hasil: leukosit 11.86, HB 10.40, hematokrit 32.60, Eritrosit 4.31, Trombosit 460.000). Dari data tersebut membuktikan masalah belum teratasi oleh karena itu perawat memindahkan pasien ke bangsal rawat inap untuk melakukan perawatan lebih lanjut dan tetap mempertahankan tindakan keperawatan.

2. Gangguan Mobilitas Fisik b/d gangguan neuromuskular

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada pasien Tn. K dengan diagnosa medis CVA (*Cerebro Vascular Accident*), dilakukan evaluasi keperawatan hari pertama sebelum pasien diantar keruang perawatan tanggal 19 Mei 2021 didapatkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik

berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan keluarga pasien mengatakan ekstremitas bagian kiri pasien sudah kaku dan tidak bisa digerakkan. Pada pemeriksaan fisik didapatkan ekstremitas sebelah kiri pasien mengalami kekakuan dan tidak bisa digerakkan, rentang gerak pasien terbatas, pasien terlihat lemas. Pengkajian tanda – tanda vital didapatkan tekanan darah: 167/112mmHg, nadi: 112x/menit (reguler), Pernapasan: 22x/menit (terpasang Nasal 4 lpm), SpO₂: 97% dengan Nasal 4 lpm, Suhu: 36,2 ° C (Aksila), CRT <2 detik. Dari hasil pemeriksaan darah lengkap (Hasil: leukosit 11.86, HB 10.40, hematokrit 32.60, Eritrosit 4.31, Trombosit 460.000). Dari data tersebut membuktikan masalah belum teratasi oleh karena itu perawat memindahkan pasien ke bangsal rawat inap untuk melakukan perawatan lebih lanjut dan tetap mempertahankan tindakan keperawatan.

3. Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor risiko ketidakmampuan menelan makanan

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada pasien Tn. K dengan diagnosa medis CVA (*Cerebro Vaskular Accident*), dilakukan evaluasi keperawatan hari pertama sebelum pasien diantar keruang perawatan tanggal 19 Mei 2021 didapatkan masalah keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan yang ditandai dengan keluarga pasien mengatakan pasien masih tidak nafsu makan. Pengkajian tanda – tanda vital didapatkan tekanan darah: 167/112mmHg, nadi: 112x/menit (reguler), Pernapasan: 22x/menit (terpasang Nasal 4 lpm), SpO₂: 97% dengan Nasal 4 lpm, Suhu: 36,2 ° C (Aksila), CRT <2 detik. BB 45kg TB 168kg. Dari data tersebut

membuktikan masalah belum teratasi oleh karena itu perawat memindahkan pasien ke bangsal rawat inap untuk melakukan perawatan lebih lanjut dan tetap mempertahankan tindakan keperawatan untuk meningkatkan berat badan dan nafsu makan pasien

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA (*Cerebro Vascular Accident*) di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA (*Cerebro Vascular Accident*).

5.1 Simpulan

1. Pengkajian pada pasien dengan diagnosis medis CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) ditemukan adanya keluhan lemas sudah 2 hari dan tidak mampu menelan makan selama 4 hari, terdapat kekakuan pada ekstremitas sebelah kiri, akral dingin, pucat.
2. Perumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa CVA (*Cerebro Vaskular Accident*), didasarkan pada masalah yang ditemukan yaitu: Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif, Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuscular, Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan Faktor Risiko Ketidakmampuan Menelan Makanan.
3. Perencanaan keperawatan pada Tn. K disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan perfusi serebral meningkat, mobilitas fisik meningkat, status nutrisi terpenuhi.

4. Perencanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan monitor peningkatan TIK, monitor status pernapasan, monitor intake dan output cairan, fasilitasi aktivitas ambulasi, monitor asupan dan keluarannya makanan, berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi, kolaborasi dengan ahli gizi untuk kebutuhan nutrisi.
5. Pada evaluasi tanggal 19 Mei 2021, masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor risiko ketidakmampuan menelan makanan belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan diruang perawatan.

5.2 Saran

Guna mencapai keberhasilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA, saran dari penulis:

1. **Bagi Pasien dan Keluarga**

Agar patuh dalam menjaga kesehatan untuk mencegah terjadinya CVA, keluarga diharapkan memberikan semangat serta dukungan untuk kesembuhan pasien, sehingga dapat membantu proses penyembuhan pasien.

2. **Bagi Perawat**

Perawat Instalasi Gawat Darurat hendaknya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan diagnosa medis CVA melakukan pengkajian diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan melakukan evaluasi keperawatan secara baik dan benar sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang berlaku.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfiyah, R. (2018). Studi Penggunaan Neuroprotektan Terhadap Pasien Stroke Iskemik Di Instalasi Rawat Inap. *Universitas Muhammadiyah Malang*, 3(9), 6–47.
- Arif, M. (2017). Hubungan Pelaksanaan Screening Test Menelan Dengan Kejadian Disfagia Pada Pasien Baru Yang Menderita Stroke Akut. *Jurnal Kesehatan Perintis*, 4(2), 47–53. <https://doi.org/10.33653/jkp.v4i2.230>
- Ayu, D. R. (2018). *Asuhan Keperawatan Klien Cerebro Vaskuler Accident Hemoragik dengan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.
- Azam, M. (2016). *Unit Gawat Darurat RSUD Cikarang*.
- Brunner, & Suddarth. (2010). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (12th ed.; W. Health, L. Williams, & L. Wilkins, Eds.). U.S.
- Diah, M. C. T. (2016). *Keperawatan Kegawatdaruratan & Manajemen Bencana*.
- Faisaldo, R. p. (2020). Konsep Keperawatan Gawat Daruratan. *The British Journal of Psychiatry*, 111(479), 1–6.
- Geofani, P. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Hemoragik di Bangsal Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang*. Poltekes Kemenkes Padang.
- Hartono, A. (2010). *Patofisiologi : Aplikasi Pada Praktik Keperawatan*. Gorontalo: EGC.

- Janah, V. N. (2019). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*. Politeknik Kesehatan Kementrerian Kesehatan Samarinda.
- Manurung, S. (2011). *Keperawatan Profesional*. Jakarta: Trans Info Media.
- Meylinta, D. S. (2019). *Proses Implementasi dalam Asuhan Keperawatan*. 3–6.
- Nggebu, J. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. P dengan Stroke Hemoragik di Ruang Cempaka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang*. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
- Nina, D. (2015). *Hubungan Kejenuhan Kerja dan Beban Kerja dengan Kinerja Perawat dalam Pemberian Pelayanan Keperawatan di IGD dan ICU RSUD dr. R. Goetheng Taroenadibrata Purbalingga*. 13–43.
- Nur, V. P. (2017). *Peran Perawat dalam Kegawatdaruratan dan Pelayan kesehatan Rumah Sakit* (Vol. 9).
- Nurarif, H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC* (Vol. 8). Jogjakarta: MediAction.
- Nusatirin. (2018). *Asuhan Keperawatan Tn. H Dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Bougenvil Rumah Sakit TK. II Dr. Soedjono Magelang*. Poltekes Kemenkes Yogyakarta.
- Overman, V. P. (2005). Hubungan Hiperglikemi dengan Keluaran Pasien Stroke Iskemik dan Hemoragik Rawat Inap di RSUP Dr. M. Djamil Padang dalam 2 (dua) Tahun Terakhir. *International Journal of Dental Hygiene*, 3(4), 222.
<https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2005.00147.x>

- Qurbany, Z. T., & Wibowo, A. (2016). Stroke Hemoragik e.c Hipertensi Grade II. *J Medula Unila*, 5(2), 114–118.
- Rahma, E., Wibowo, & Felisitas. Sr. (2019). Asuhan Keperawatan Klien Cerebro Vascular Accident (CVA) dengan Masalah keperawatan Konstipasi di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang. *Stikes Panti Waluya Malang*.
- Saputri, B. D. W., Wibowo, & A, F. (2018). Asuhan Keperawatan Cerebro Vascular Accident (CVA) pada Pasien Dewasa dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik. *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Waluya Malang*, 1–10.
- Sari et al. (2015). Batasan Karakteristik Dan Faktor Yang Berhubungan (Etiologi) Diagnosa Keperawatan: Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke. *Universitas Lambung Mangkurat*, 3(1), 12–21.
<https://doi.org/10.20527/dk.v3i1.1702>
- Setiadi. (2016). *Dasar-dasar Anatomi dan Fisiologi Manusia*.
- Sitanggang, R. (2018). Tujuan evaluasi dalam keperawatan. *Journal Proses Dokumentasi Asuhan Keperawatan*, 1(5), 1–23.
- Supradewi, R. (2016). Otak , Musik, Dan Proses Belajar. *Buletin Psikologi*, 18(2), 58–68. <https://doi.org/10.22146/bpsi.11538>
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah (Vol. 2)*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi I cetakan II*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standat Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standat Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Untari, I. (2012). Kesehatan Otak Modal Dasar Hasilkan SDM Handal. *PROFESI*, 08(Februari), 7.
- Wardani, D. S. (2020). Studi Literatur: Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri (Universitas Muhammdiyah Ponorogo). Retrieved from <http://journal.stainkudus.ac.id/index.php/equilibrium/article/view/1268/1127>
<http://publicacoes.cardiol.br/portal/ijcs/portugues/2018/v3103/pdf/3103009.pdf>
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772018000200067&lng=en&tlng=en
- Wardhani, N. R., & Martini, S. (2014). Faktor yang Berhubungan dengan Pengetahuan tentang Stroke pada Pekerja Institusi Pendidikan Tinggi. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 2(1), 13–23. Retrieved from <https://e-journal.unair.ac.id/JBE/article/view/149>
- Wasena, K. A. C. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. M dengan Stroke Iskemik di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukit Tinggi*. Stikes Perintis Padang.
- WHO. (2010). World Health Statistics 2010 Indicator compendium Interim version. *World Health*, 236.
- Wijaya, S. A., & Putri, M. Y. (2013). KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa. In *Nuha Medika*.

Lampiran 1***CURRICULUM VITAE***

Nama : Virginia Desi Ardhani
Tempat, tanggal lahir : Surabaya, 05 Desember 1998
NIM : 161.0106
Program Studi : S-1 Keperawatan
Alamat : Jl. Kendung Rejo 1c No 10 Surabaya
Agama : Islam
No. Hp : 089648436751
Email : Virginiaardhani@gmail.com

Riwayat Pendidikan

- | | |
|---------------------------------|------------------|
| 1. SD Abdullah Ubaid 2 Surabaya | Lulus Tahun 2010 |
| 2. SMP Muhammadiyah 14 Surabaya | Lulus Tahun 2013 |
| 3. SMA Negeri 12 Surabaya | Lulus Tahun 2016 |

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Tidak peduli bagaimanapun buruknya hidup anda, Tidak peduli bagaimanapun buruknya orang lain memperlakukan anda, Jadilah orang baik”

PERSEMBAHAN

1. Laksamana Pertama (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang telah diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa prodi profesi ners.
2. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Profesi Ners.
3. Bapak Nuh Huda., S.Kep.,Ns.,M.Kep, Sp KMB. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
4. Bapak Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku penguji II yang telah memberikan bimbingan, saran, masukan, kritik, dan pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Ibu Ceria Nurhayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku pembimbing I yang telah dengan penuh kesabaran memberikan bimbingan, perhatian, saran, masukan, kritik, dan pengarahan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.

6. Ibu Nisha Damayanti, S.Kep.,Ns.,M.Si. selaku penguji I yang telah memberikan bimbingan, saran, masukan, dan kritik dalam penyusunan skripsi ini.
7. Bapak Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku penguji II yang telah memberikan bimbingan, saran, masukan, kritik, dan pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.
8. Ibu Nadia Okhtiary, A.md selaku KA perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber Pustaka dalam penyusunan penelitian ini.
9. Seluruh staff perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan penelitian ini.
10. Seluruh staf dan karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah membantu kelancaran proses belajar mengajar selama masa perkuliahan.
11. Kepala Ruangan IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya Kapten Edi S.Kep., Ns. yang telah membantu kelancaran proses pengambilan data karya ilmiah akhir saya.
12. Yang selalu saya banggakan dan hormati, orangtua saya yg sudah merawat, membesarkan, dan menyayangi saya hingga saya bisa sampai di titik ini Ibu Yuli Ernawati dan Bapak Warno.
13. Kakak kandung satu-satunya saya Novita Sari Anggraini yang hidupnya selalu menjadi tolak ukur saya untuk menjadi lebih baik.

14. Teman-teman seperjuangan saya Susi Ratnasari, Jenni Aris, dan Cholilah Saras yang telah mewarnai 5 tahun hitam dan putih kehidupan perkuliahan saya.
15. Untuk Kim minseok, Kim Junmyeon, Zhang Yixing, Byun Baekhyun, Kim Jongdae, Park Chanyeol, Doh Kyungsoo, Kim Jongin, dan Oh Sehun. Manusia-manusia yang jauh tetapi tetap menjadi alasan saya bangkit dari rasa keterpurukan yang pernah saya alami dalam hidup saya, EXO terimakasih.
16. Rekan-rekan seangkatan, dan sealmamater yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, terimakasih telah membantu kelancaran dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Lampiran 3

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		No SPO: SPO – 01
Tanggal Dibuat 20 Juli 2021	Tanggal Berlaku 20 Juli 2021	Nama Departemen GAWAT DARURAT	
Judul Pemberian Oksigen		No Revisi 00	Hal. 1-4
Dibuat oleh Ners A11		Disetujui oleh Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya	
<p>A. Pengertian</p> <p>Pemberian oksigen adalah pemberian oksigen melalui hidung dengan kanule nasal / kateter nasal / masker.</p> <p>B. Tujuan</p> <p>Mengetahui denyut nadi.</p> <p>C. Peralatan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tabung oksigen (O₂) lengkap dengan manometer b. Pengukur aliran flow meter dan humidifier c. Kanule nasal / Kateter nasal sesuai ukuran (anak 8-10 Fr, dewasa wanita 10-12 Fr, dan dewasa laki-laki 12-14 Fr) / Masker d. Selang oksigen e. Jelly f. Plester / pita <p>D. Langkah-langkah</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tahap pra interaksi : <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien 2) Cuci tangan 3) Siapkan alat b. Tahap orientasi : <ol style="list-style-type: none"> 1) Beri salam, panggil klien dengan namanya 			

- 2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
- 3) Beri kesempatan pada klien untuk bertanya

c. Tahap kerja :

- 1) Bantu klien pada posisi semi fowler jika memungkinkan, untuk memberikan kemudahan ekspansi dada dan pernafasan lebih mudah.
- 2) Pasang peralatan oksigen dan humidifier.
- 3) Nyalakan oksigen dengan aliran sesuai advis.
- 4) Periksa aliran oksigen pada selang.
- 5) Sambung nasal kanule / kateter kanule / masker dengan selang oksigen.
- 6) Pasang nasal kanule / kateter kanule / masker pada hidung :
 - a) Pemberian oksigen menggunakan kanule nasal :
 - Letakkan ujung kanule ke dalam lobang hidung dan selang mengelilingi kepala. Yakinkan kanule masuk lubang hidung dan tidak ke jaringan hidung.
 - Plester kanule pada sisi wajah, selipkan kasa di bawah selang pada tulang pipi untuk mencegah iritasi.
 - b) Pemberian oksigen menggunakan kateter nasal :
 - Ukur jarak hidung dengan lubang telinga, untuk menentukan antara hidung dan orofaring. Jarak ditandai dengan plester.
 - Lumasi ujung kateter dengan jely, untuk memasukkan dan mencegah iritasi mukosa nasal bila diaspirasi.
 - Masukkan kateter perlahan melalui satu lubang hidung sampai ujung kateter masuk orofaring. Lihat kedalam mulut klien, gunakan senter dan tong spatel untuk melihat letak kateter. Ujung kateter akan dapat dilihat disamping ovula. Tarik sedikit ujung kateter sehingga tidak panjang.

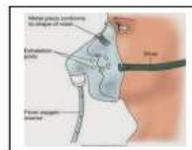
- Plester kateter diwajah klien di sisi hidung. Jepit selang ke baju klien, biarkan selang kendur untuk memberikan kebebasan klien bergerak tanpa tertarik selang.
- c) Pemberian oksigen menggunakan masker hidung (sederhana, reservoir, venturi) :
- Pasang masker hidung menutupi mulut dan hidung dan fiksasi dengan menggunakan tali pengikat.
- 7) Kaji respon klien terhadap oksigen dalam 15-30 menit, seperti warna, pernafasan, gerakan dada, ketidaknyamanan dan sebagainya.
 - 8) Periksa aliran dan air dalam humidifier dalam 30 menit.
 - 9) Kaji klien secara berkala untuk mengetahui tanda klinik hypoxia, takhikardi, cemas, gelisah, dyspnoe dan sianosis.
 - 10) Kaji iritasi hidung klien. Beri air / cairan pelumas sesuai kebutuhan untuk melembaskan mukosa membran.
 - 11) Catat permulaan terapi dan pengkajian data.

d. Tahap terminasi :

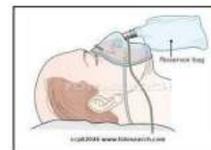
- 1) Evaluasi hasil / respon klien
- 2) Dokumentasikan hasilnya
- 3) Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- 4) Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
- 5) Cuci tangan



Gambar. Kanul dan Kateter O₂



Gambar. Masker O₂ sederhana



Gambar. Masker O₂ reservoir



Gambar. Masker O₂ venturi



Gambar. Tabung venturi

E. Pelaporan

- a. Laporan praktikum berisi tentang: pengertian, tujuan, peralatan, langkah-langkah
- b. Laporan praktikum dikumpulkan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan oleh instruktur.

DaftarPustaka

KEMENKES RI. (2016). Modul Bahan Ajar Keperawatan: Praktik Kebutuhan Dasar Manusia 2. Ed.1. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.

		STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		No SPO: SPO – 02
Tanggal Dibuat 20 Juli 2021	Tanggal Berlaku 20 Juli 2021	Nama Departemen GAWAT DARURAT		
Judul Pemasangan Infus		No Revisi 00	Hal. 4-7	
Dibuat oleh Ners A11		Disetujui oleh Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya		
<p>A. Pengertian</p> <p>Memasang infus adalah pemasangan infus untuk memberikan cairan atau obat melalui parenteral (intravena).</p> <p>B. Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memperbaiki atau mencegah gangguan cairan dan elektrolit pada klien yang sakit akut. b. Mencegah ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. c. Memberikan akses intravena pada pemberian terapi intermitten atau emergensi <p>C. Peralataan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Cairan infus sesuai program b. Jarum / kateter intravena / abbocath (ukuran bervariasi) c. Set infus (selang mikrodrip untuk bayi dan anak dengan tetesan 60 tetes/ml, dewasa selang makrodrip dengan tetesan 15 tetes/ml atau 20 tetes/ml) b. Selang ekstension c. Alkohol atau povidone-iodine swabs atau sticks d. Handschoon disposibel e. Tourniquet f. Spalk untuk tangan 				

- g. Kasa dan povidone-iodine salep atau cairan
- h. Plester/hipavik
- i. Perlak dan pengalas
- j. Bengkok
- k. Tiang infus

D. Langkah-langkah :

a. Tahap pra interaksi :

- 1) Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
- 2) Cuci tangan
- 3) Siapkan alat

b. Tahap orientasi :

- 1) Beri salam, panggil klien dengan namanya
- 2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
- 3) Beri kesempatan pada klien untuk bertanya

c. Tahap kerja :

- 1) Anjurkan pasien memakai baju yang mudah untuk masuk dan keluarnya lengan.
- 2) Buka set steril dengan teknik aseptik.
- 3) Cek cairan dengan menggunakan prinsip 6 benar dalam pemberian obat.
- 4) Buka set infus, letakkan klem 2-4 cm di bawah tabung drip dalam keadaan off / terkunci.
- 5) Buka tutup botol, lakukan desinfeksi tutup botol cairan, dan tusukkan set infus ke botol / kantong cairan dengan benar.
- 6) Gantungkan botol cairan infus pada tiang infus, isi tabung drip infus $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ penuh.
- 7) Buka penutup jarum dan buka klem untuk mengalirkan cairan sampai ke ujung jarum hingga tidak ada udara dalam selang, klem kembali, dan tutup kembali jarum.
- 8) Pilih jarum intravena / abbocath.
- 9) Atur posisi pasien dan pilih vena.
- 10) Pasang perlak dan pengalas

- 11) Bebaskan daerah yang akan diinsersi, letakkan tourniquet 10-15 cm proksimal tempat insersi.
- 12) Pakai handschoon
- 13) Bersihkan kulit dengan kapas alkohol (melingkar dari dalam ke luar).
- 14) Pertahankan vena pada posisi stabil
- 15) Pegang IV kateter (abbocath) dengan sudut 20-30°, tusuk vena dengan lubang jarum menghadap ke atas, dan pastikan IV kateter masuk intavena dengan tanda darah masuk ke abbocath, kemudian tarik mandrin ± 0.5 cm
- 16) Masukkan IV kateter secara perlahan, tarik mandrin, dan sambungkan IV kateter dengan selang infus
- 17) Lepas tourniquet, kemudian alirkan cairan infus
- 18) Lakukan fiksasi IV kateter, kemudian beri desinfektan daerah tusukan dan tutup dengan kasa
- 19) Atur tetesan sesuai program
- 20) Lepaskan sarung tangan

d. Tahap terminasi :

- 1) Evaluasi hasil / respon klien
- 2) Dokumentasikan hasilnya
- 3) Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- 4) Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
- 5) Cuci tangan



Gambar. Menusukkan abbocath



Gambar. Terpasang infus



Gambar. Selang infus

E. Pelaporan

- a. Laporan praktikum berisi tentang: pengertian, tujuan, peralatan, langkah-langkah
- b. Laporan praktikum dikumpulkan sesuai dengan jadwal yang telah

ditentukan oleh instruktur.

DaftarPustaka

KEMENKES RI. (2016). Modul Bahan Ajar Keperawatan: Praktik Kebutuhan Dasar Manusia 1. Ed.1. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan

		STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		No SPO: SPO – 03
Tanggal Dibuat 20 Juli 2021	Tanggal Berlaku 20 Juli 2021	Nama Departemen GAWAT DARURAT		
Judul Pemasangan Kateter Urine		No Revisi 00	Hal. 7-10	
Dibuat oleh Ners A11		Disetujui oleh Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya		
<p>A. Pengertian</p> <p>Suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi kebutuhan eliminasi urine.</p> <p>B. Tujuan</p> <p>Memenuhi kebutuhan urin eliminasi.</p> <p>C. Indikasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan gangguan eliminasi urine. 2. Pasien dengan pemantauan output. 3. Pasien post op. <p>D. Peralatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baki. 2. Kateter steril, ukuran disesuaikan dengan pasien. 3. Kantong penampung urine (Urine Bag). 4. Kapas sublimat/kapas savlon steril dalam tempatnya. 5. Kassa. 6. Korentang. 7. Cairan pelumas/jelly. 8. Perlak dan alasnya. 9. Bungkuk 2 buah (untuk kapas kotor dan penampung urine). 10. Pinset anatomi atau sarung tangan steril. 				

11. Duk steril.
12. Sduit 20 cc dan aquades.
13. Sketsel.
14. Selimut ekstra.
15. Plester atau gunting

E. Persiapan Pasien

1. Memberitahu pasien dan menjelaskan tujuannya.
2. Menyiapkan pasien dalam posisi dorsal recumbent

F. Persiapan Lingkungan

Memasang sketsel/tabir dan menutup pintu

G. Langkah-langkah

1. Pasang ekstra selimut.
2. Perlak dan alasnya dipasang di bawah bokong dan lepas pakaian.
3. Meletakkan dua bengkok diantara kedua tungkai.
4. Mencuci tangan.
5. Pakai sarung tangan.
6. Memasang duk steril.

Pada Pasien Perempuan

1. Membuka labia minora dengan ibu jari dan telunjuk tangan kiri, dan tangan kanan memegang kapas sublimat.
2. Membersihkan vulva dengan kapas savlon/sublimat dari labia mayora dari atas kebawah 1 kali usap, kapas kotor diletakkan dibengkok, kemudian labia minora, dan perineum sampai bersih (sesuai kebutuhan).
3. Dengan memakai sarung tangan atau dengan pinset anatomis mengambil kateter dan diberi pelumas pada ujungnya 2.5-5 cm.
4. Perawat membuka labia minora dengan tangan kiri.
5. Memasukkan kateter ke dalam orificium uretra perlahan-lahan (5-7.5 cm dewasa) dan menganjurkan pasien untuk menarik nafas Panjang.
6. Urine yang keluar ditampung dalam bengkok atau botol steril dan masukan lagi.
7. Bila kateter dipasang tetap/permanen maka, isi balon 5-15 cc (kateter

- dikunci memakai spuit dan aquades steril)
8. Tarik sedikit kateter untuk memeriksa balon sudah terfiksasi dengan baik.
 9. Menyambung kateter dengan urobag/urine bag.
 10. Fiksasi kateter di paha dengan plester bila untuk aktifitas (Gambar 2.9).
 11. Pasien dirapikan dengan angkat pengalas dan selimut.
 12. Rapikan dan alat-alat dibereskan.
 13. Lepas sarung tangan.
 14. Mencuci tangan.
 15. Buka sampiran.

Pada Pasien Pria

1. Tangan kiri perawat memegang penis atas.
2. Preputium ditarik sedikit ke pangkalnya dan dibersihkan dengan kapas savlon minimal 3 kali.
3. Oleskan minyak pelicin pada ujung kateter sepanjang 12.5-17.5 cm.
4. Penis agak ditarik supaya lurus, dan kateter dimasukkan perlahan-lahan (17.5-22 cm (dewasa) dan menganjurkan pasien untuk nafas panjang.
5. Urine yang keluar ditampung dalam bengkok atau botol steril lalu masukkan lagi 5 cm.
6. Bila kateter dipasang tetap/permanen maka kateter dikunci memakai spuit dan aquades steril (mengisi balon).
7. Menyambung kateter dengan urobag/urine bag.
8. Fiksasi kateter di paha dengan plester bila untuk aktifitas.
9. Pasien dirapikan dengan angkat pengalas dan selimut
10. Rapikan dan alat-alat dibereskan
11. Mencuci tangan
12. Buka sampiran

H. Sikap

Sikap Selama Pelaksanaan:

1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah.
2. Menjamin Privacy pasien.
3. Bekerja dengan teliti.

4. Memperhatikan body mechanism.

I. Evaluasi

1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.
2. Observasi pengeluaran urine (jumlah, warna, dan bau).

DaftarPustaka

KEMENKES RI. (2016). Modul Bahan Ajar Keperawatan: Praktik Kebutuhan Dasar Manusia 1. Ed.1. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.