**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS**

***CVA INFARK* HIPERAKUT *CODE “* S ”**

**DI RUANG STROKE UNIT RS PREMIER**

**SURABAYA**

akper3

**Oleh:**

**NURHAYATI Br T, S.Kep.**

**NIM. 1930065**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS**

***CVA INFARK* HIPERAKUT *CODE* “ S ”**

**DI RUANG STROKE UNIT RS PREMIER**

**SURABAYA**

akper3

**Oleh:**

**NURHAYATI Br T, S.Kep.**

**NIM. 1930065**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nurhayati Br T, S.Kep.

NIM : 193.0065

Tempat, tanggal lahir : Surabaya, 26 Januari 1989

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pasien dengan diagnosis medis CVA Infark Hiperakut Code “ S ” di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya”** saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 23 Juli 2020

Penulis



Nurhayati Br T, S.Kep.

NIM. 193.0065

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Nurhayati Br T, S.Kep.

NIM : 193.0065

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Diagnosa Medis CVA Infark Hiperakut di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya

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

**NERS (Ns.)**

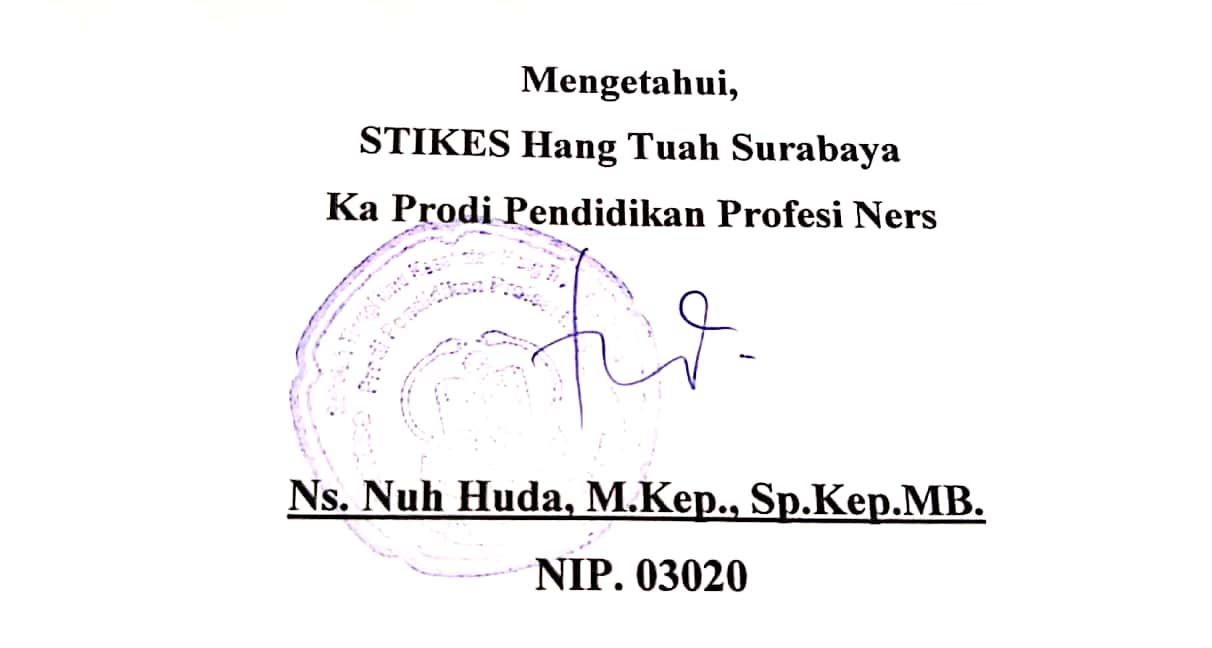
**Surabaya, 23 Juli 2020**

**Pembimbing**

****

**Ns. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.Kep.MB**

**NIP. 03.020**



**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Ilimah Akhir dari:

Nama : Nurhayati Br T, S.Kep

NIM : 1930065

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Diagnosa Medis CVA Infark Hiperakut di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya.

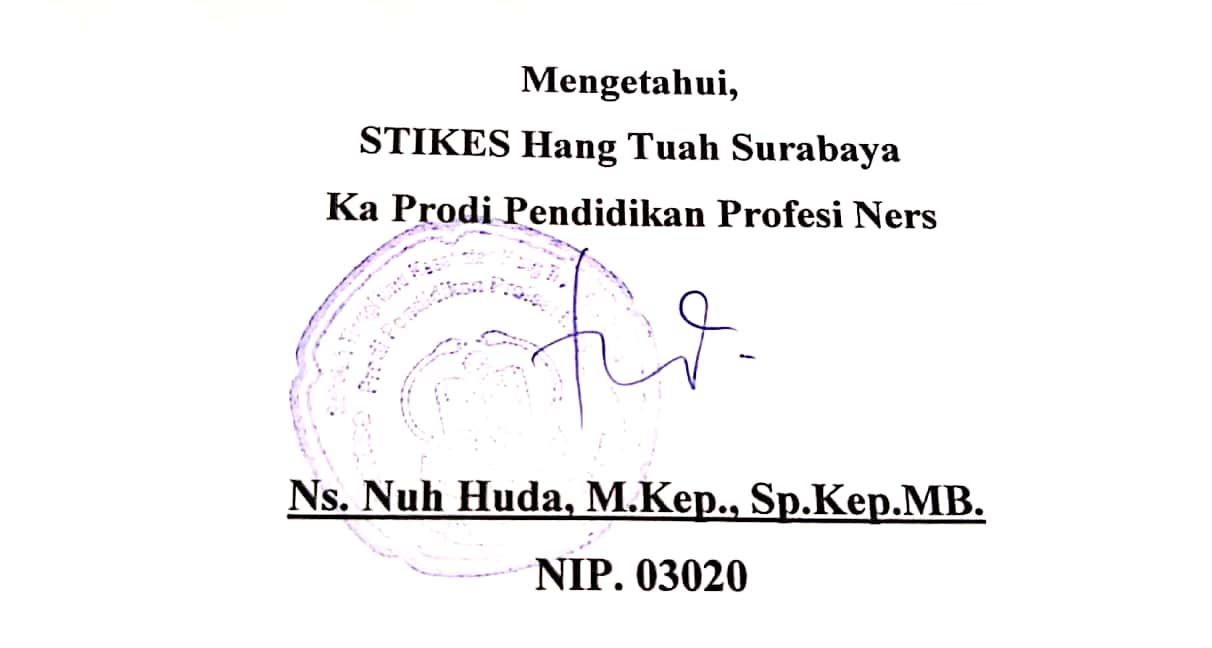
Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar **“NERS”** pada Prodi Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : **Dwi Priyantini, S.Kep,Ns,M.Sc** 

**NIP. 03006**

Penguji II : **Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB** 

**NIP. 03020**



Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 23 Juli 2020

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan progam Pendidikan Profesi Ners.

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

1. Dr. Hartono Tanto,M.Kes, selaku Direktur Rumah Sakit Premier Surabaya yang telah memberi kesempatan untuk mengikuti Program Pendidikan Sarjana Keperawatan.
2. Ibu Janny Prihastuti,S.Kep,Ns,M.Kes, selaku Manajer Keperawatan Rumah Sakit Premier Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada kami untuk melakukan asuhan kepeawatan di Area Stroke Unit Rumah Sakit Premier Surabaya.
3. Ibu Wiwiek Liestyaningrum, S.Kp., M.Kep., selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stikes Hang Tuah Surabaya.
4. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.Kep.MB., selaku Kepala Progam Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia, serta selaku pembimbing yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
5. PUKET I, II dan III Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
6. Ibu Dwi Priyatini, S.Kep., Ns., MScselaku penguji I yang sudah memberikan masukan dan saran demi perbaikan Karya Ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus dan ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Kedua orang tua saya tersayang yang selalu memberikan doa, semangat, motivasi dan memfasilitasi penulis selama proses pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Teman kelompok Karya Ilmiah Akhir dan teman-teman seperjuangan yang telah memberikan dorongan dan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan terima kasih dan semoga hubungan persahabatan kita semua tetap terjalin.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, 23 Juli 2020

Penulis

**DAFTAR ISI**

HALAMAN JUDUL i

SURAT PERNYATAAN iii

HALAMAN PERSETUJUAN iv

HALAMAN PENGESAHAN v

KATA PENGANTAR vi

DAFTAR ISI ix

DAFTAR TABEL xi

DAFTAR LAMPIRAN xii

**BAB 1 PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang 1
  2. Rumusan Masalah 3
  3. Tujuan Penulisan 3
  4. Manfaat Penulisan 4
  5. Sistematika Penulisan 5

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. Konsep CVA 8
     1. Definisi 8
     2. Etiologi 9
     3. Patofisiologi 11
     4. Tanda dan Gejala 14
     5. Penatalaksanaan 14
     6. Pemeriksaan Penunjang 15
  2. Konsep Trombolitik 17

2.2.1 Definisi Trombolitik 17

2.2.2 Kriteria Trombolitik 18

2.2.3 Efek samping Trombolitik 19

2.2.4 Penatalaksanaan 20

* 1. Konsep Asuhan keperawatan CVA Infark Hiperakut 21
     1. Pengkajian 21
     2. Diagnosa Keperawatan 29
     3. Rencana Keperawatan 29
     4. Implementasi 33
     5. Evaluasi 33

**BAB 3 TINJAUAN KASUS**

* 1. Pengkajian 35
  2. Diagnosa Keperawatan 47
  3. Rencana Keperawatan 50
  4. Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan 53

**BAB 4 PEMBAHASAN**

* 1. Pengkajian 59
  2. Diagnosa Keperawatan 65
  3. Perencanaan 65
  4. Pelaksanaan 67
  5. Evaluasi 70

**BAB 5 PENUTUP**

* 1. Kesimpulan 71
  2. Saran 72

**DAFTAR PUSTAKA** 74

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Pemeriksaan pennjang . 44

Tabel 3.2 Terapi Medis 46

Tabel 3.3 Analisa Data 48

Tabel 3.4 Priorotas Masalah 49

Tabel 3.5 Rencana Keperawatan 50

Tabel 3.6 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan 53

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 *Curriculum Vitae* 75

Lampiran 2 *Motto dan Persembahan* 76

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang di akibatkkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare 2013). Stroke non hemoragik adalah stroke yang di sebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplai (Wijaya & Putri 2013).

Menurut American Heart Association (AHA), pada tahun 2014 prevalensi stroke mencapai angka 43 juta pasien di dunia. Stroke adalah penyebab kematian ke-3 di Amerika dengan angka penderita sebanyak 972.000 pasien/tahun dan pasien yang meninggal sebanyak 149.000 jiwa. Hampir setengah dari pasien stroke yang selamat mengalami kecacatan dari yang ringan sampai berat.

Didunia penyakit stroke masih sangat ditakuti dan menjadi momok masyarakat. Adanya ketakutan ini dapat diperoleh data skala menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2016 menunjukkan bahwa lebih dari 70% penderita stroke berada di Negara berkembang. Peningkatan kejadian stroke di beberapa Negara Asia seperti Cina, India, dan Indonesia diakibatkan oleh perubahan pola hidup, polusi dan pola konsumsi makanan. Menurut SDKI (2012) Indonesia berada dalam kondisi yang miris, karena Indonesia menduduki peringkat pertama sebagai Negara yang mempunyai penderita stroke terbanyak di Asia. Hal ini terbukti dengan adanya keterangan bahwa 8,3 % dari 1000 penduduk Indonesia terjangkit stroke. Meningkaatnya usia juga menjadi salah satu faktor meningkatnya prevalensi stroke angka penderita stroke di Indonesia.

Data pada rumah sakit kami dalam 3 tahun terakhir, angka kejadian Stroke Non hemoragik pada ruang Stroke Unit pada tahun 2018 yaitu 19 kasus,dan pada tahun 2019 yaitu 25 kasus.

Stroke atau yang dikenal juga dengan istilah gangguan peredaran darah otak, disebut juga sebagai serangan otak (brain attack) di tandai dengan hilangnya sirkulasi darah ke otak secara tiba-tiba yang dapat mengakibatkan terganggunya fungsi neurologis . Stroke non hemoragik terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu (iskemik) yang disebabkan oleh oklusi atau stenosis arteri. Diperkirakan sebanyak 2 juta neuron mati setiap menit pada kasus stroke non hemoragik jika tidak diberikan terapi yang efektif. Berdasarkan hal tersebut didapatkan istilah ‘’waktu adalah otak‘’ yang berarti waktu sangat menentukan dalam pengobatan stroke. Prinsip terapi pada pasien stroke non hemoragik adalah pembukaan pada sumbatan arteri. Selain itu, bisa diberikan terapi umum yaitu *head up position*, pemberian oksigen, pemberian obat antihipertensi, menjaga asupan cairan dan nutrisi serta terapi khusus pemberian antiplatelet atau trombolitik rt-PA (*recombinant tissue Plasminogen Activator*), dan bisa diberikan obat neuroprotektor.

Perawat merupakan agen penting dalam merawat pasien penyakit stroke non hemoragik, penanganan yang di berikan kepada pasien stroke non hemoragik Yaitu sebagai pemberi pelayanan kesehatan, pendidikan, pemberi asuhan keperawatan, pembaharuan, pengorganisasi pelayanan kesehatan yang khususnya adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan untuk pemulihan pasien. Berdasarkan latar belakang ini, penulis tertarik untuk membuat studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan CVA Infark Hiperakut code “S” di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya”.

* 1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka diperoleh rumusan masalah dalam penelitian yaitu : Bagaimanakah asuhan keperawatan dengan diagnosa CVA Infark Hiperakut code “ S ” di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya?

* 1. **Tujuan Penelitian**

**1.3.1 TujuanUmum**

Mengidentifikasi asuhan keperawatan dengan diagnosa CVA Infark Hiperakut code “ S ” di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya.

**1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian pada asuhan keperawatan dengan diagnosa CVA Infark Hiperakut code “ S ” di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya.
2. Menentukan masalah keperawatan dengan diagnosa CVA Infark Hiperakut code “ S ” di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya.
3. Menetapkan rencana keperawatan medical bedah dengan diagnosa CVA Infark Hiperakut code “ S ” di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya.
4. Menerapkan asuhan keperawatan medical bedah dengan diagnosa CVA Infark Hiperakut code “ S ” di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya.
5. Melakukan evaluasi keperawatan medical bedah dengan diagnosa CVA Infark Hiperakut code “ S ” di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya.
6. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan medical bedah dengan diagnosa CVA Infark Hiperakut code “ S ” di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya.
   1. **Manfaat**

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

1. Secara akademis
   1. Merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususunya dalam hal asuhan keperawatan medical bedah dengan diagnosa CVA Infark Hiperakut code “ S ” di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya.
2. Secara praktisi
   1. Tugas akhir tindakan bermanfaat bagi :
   2. Pelayanan keperawatan di rumah sakit
   3. Hasil studi kasus ini dapat menjadikan masukan bagi pelayanan dari rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa CVA Infark Hiperakut code “ S ” di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya dengan baik.
   4. Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan dengan diagnosa CVA Infark Hiperakut code “ S ” di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya.
   5. **Metode Penelitian**

**1.5.1 Metode**

Metode deksriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari mengumpulkan, membahas data dengan menggunakan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Nursalam 2008).

**1.5.2 Teknik Pengumpulan Data**

1. Wawancara

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

1. Observasi

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

1. Pemeriksaan

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

* + 1. **Sumber Data**

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

1. Data sekunder

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

**1.5.4 Studi Kepustakaan**

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

* 1. **Sistematika Penulisan**

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

**1.6.1 BagianAwal**

Memuat halaman judul, abstrak penelitian, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan motto, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, dan daftar lampiran.

**1.6.2 Bagian Inti**

Terdiridari 5 bab yang berisi masing-masing bab terdiri dari sub-sub bab berikut ini :

BAB 1 Pendahuluan

Berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah tujuan, manfaat penelitian dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 TinjauanPustaka

Berisi tentang konsep penyakit, dari sudut medis, dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa asuhan keperawatan pada Tn.“M” dengan diagnosa CVA Infark Hiperakut code “ S ” di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya.

BAB 3 TinjauanKasus

Berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosis perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB 4 Pembahasan

Berisi perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 Penutup

Berisi kesimpulan dan saran.

**1.6.3 Bagian Akhir**

Bagian ini terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab ini diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan dengan CVA Infark. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, pemeriksaan penunjang dan penatalaksaan secara medis. Konsep asuhan keperawatan mengenai penyakit CVA Infark dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaa, penatalaksaan, evaluasi.

**2.1 Konsep Penyakit**

**2.1.1 Definisi CVA ( *Cerebro Vaskular Accident* )**

Stroke atau penyakit serebrovaskuler menunjukan 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 atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare 2013). Stroke adalah sindroma klinis yang berkembang cepat akibat gangguan otak fokal maupun global dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian tanpa ada penyebab lain yang jelas selain kelainan vascular (WHO 2006). Stroke non hemoragik adalah stroke yang di sebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplai (Wijaya & Putri 2013).

**2.1.2 Etiologi.**

Penyebab stroke dapat dibagi menjadi tiga, yaitu :

a. Trombosis serebri Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama thrombosis serebral yang adalah penyebbab paling umum dari stroke (Smeltzer & Bare 2013). Thrombosis ditemukan pada 40% dari semua kasus stroke yang telah dibuktikan oleh ahli patologi. Biasanya ada kaitannya dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis (Wijaya & Putri 2013).

b. Emboli serebri Embolisme serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu thrombus dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung.

c. Hemoragi Hemoragik dapat terjadi diluar durameter (hemoragi ekstra dural atau epidural) di bawah durameter (hemoragi subdural), di ruang sub arachnoid (hemoragik subarachnoid atau dalam susbstansial otak (Wijaya & Putri 2013).

Adapun Penyebab lain terjadinya stroke non hemoragik yaitu :

a. Aterosklerosis Terbentuknya aterosklerosis berawal dari endapan ateroma (endapan lemak) yang kadarnya berlebihan dalam pembuluh darah. Selain dari endapan lemak, aterosklerosis ini juga mungkin karena arteriosklerosis, yaitu penebalan dinding arteri (tunika intima) karena timbunan kalsium yang kemudian mengakibatkan bertambahnya diameter pembuluh darah dengan atau tanpa mengecilnya pembuluh darah.

b. Infeksi Peradangan juga menyebabkan menyempitnya pembuluh darah, terutama yang menuju ke otak.

c. Jenis kelamin Pria lebih berisiko terkena stroke dari pada wanita.

d.Obat-obatan Ada beberapa jenis obat-obatan yang justru dapat menyebabkan stroke seperti: amfetamin dan kokain dengan jalan mempersempit lumen pembuluh darah ke otak.

e. Hipotensi Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba bisa menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak, yang biasanya menyebabkan seseorang pingsan. Stroke bisa terjadi jika hipotensi ini sangat parah dan menahun.

Sedangkan faktor resiko pada stroke (Wijaya & Putri 2013) :

a. Hipertensi merupakan faktor resiko utama.

b.Penyakit kardiovaskuler (Embolisme serebral mungkin berasal dari jantung).

c. Kontrasepsi oral, peningkatan oleh hipertensi yang menyertai usia di atas 35 tahun dan kadar esterogen yang tinggi.

d. Penurunan tekanan darah yang berlebihan atau dalam jangka panjang dapat menyebabkan iskhemia serebral umum.

e. Penyalahgunaan obat tertentu pada remaja dan dewasa muda.

f. Konsultan individu yang muda untuk mengontrol lemak darah, tekanan darah, merokok kretek dan obesitas.

**2.1.3 Patofisiologi**

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan pant dan jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arterosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi (Wijaya & Putri 2013). Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah, terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari pada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat, menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur. 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).

**2.1.4 WOC**

* Faktor pencetus Hipertensi, DM, penyakit jantung.
* Merokok, stress, gaya hidup yang tidak baik
* Faktor obesitas dan kolestrol yang meningkat dalam darah

Penimbunan lemak/kolestrol yang meningkat dalam darah

Lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi

Infiltrasi limfosit (trombus)

Penyempitan pembuluh darah

(okulasi Vaskuler )

Pembuluh darah menjadi kaku

Arteriosclerosi

Turbulensi

Kompresi jaringan otak

Stroke hemoragic

Aliran darah lambat

Pembuluh darah menjadi pecah

Mengikuti aliran darah

Thrombus Cerebral

Emboli

Stroke Non Hemoragic

Eritosit bergumpal

Proses metabolisme dalam otak terganggu

Endotil rusak

Cairan plasma hilang

Penurunan suplai darah dan O2 ke otak

Gangguan perfusi jaringan serebral

Edema serebral

Nyeri

Peningkatan TIK

Arteri Vertebra Basilaris

Disfungsi nervus XI

Arteri carotis Interna

Arteri cerebri media

Kelemahan anggota gerak

Disfungsi nervus II

Disfungsi nervus XI

Penurunan aliran darah ke retina

Gangguan mobilitas fisik

Kebutaannn

Kerusakan mobilitas fisik

Gambar 2.1 woc stroke infark

Defisit perawatan diri

**2.1.5 Tanda dan Gejala**

Menurut Smeltzer dan Bare, (2013) stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, gejala muncul akibat daerah otak tertentu tidak berfungsi akibat terganggunya aliran darah ke tempat tersebut, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Gejala tersebut antara lain :

a. Umumnya terjadi mendadak, ada nyeri kepala

b. Parasthesia, paresis, Plegia sebagian badan

c. Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan control volunter terhadap gerakan motorik. Di awal tahapan stroke, gambaran klinis yang muncul biasanya adalah paralysis dan hilang atau menurunnya refleks tendon.

d. Dysphagia

e. Kehilangan komunikasi

f. Gangguan persepsi

g. Perubahan kemampuan kognitif dan efek psikologis

h. Disfungsi Kandung Kemih

**2.1.6 Penatalaksanaan**

Fase Akut :

a. Pertahankan fungsi vital seperti: jalan nafas, pernafasan, oksigenisasi dan sirkulasi.

b. Reperfusi dengan trombolityk atau vasodilation: Nimotop. Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik / emobolik.

c. Pencegahan peningkatan TIK. Dengan meninggikan kepala 15-30 menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan, pemberian dexamethason.

d. Mengurangi edema cerebral dengan diuretik

e. Pasien di tempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang .

Post Fase Akut :

a. Pencegahan spatik paralisis dengan antispasmodik

b. Program fisiotherapi

c. Penanganan masalah psikososial

**2.1.7 Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Wijaya & Putri (2013), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan ialah sebagai berikut:

1. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular.

1. Lumbal pungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada carespiratori ratean lumbal menunjukkan adanya hernoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intrakranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) sewaktu hari-hari pertama.

1. CT scan.

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi henatoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pemadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

1. MRI

MRI (Magnetic Imaging Resonance) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

1. USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

1. EEG

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

* 1. **Konsep Trombolitik**
     1. **Definisi Trombolitik**

Stroke iskemik masih merupakan kelompok terbanyak dibandingkan stroke perdarahan. Di Amerika Serikat, stroke iskemik bertanggung jawab untuk 80-85% kasus stroke dan dapat dibagi menjadi aterotrombotik, emboli, stroke lakunar, dan hipoperfusi sistemik. Pembedaan antara stroke iskemik dan perdarahan sangat penting untuk menentukan terapi. Penatalaksanaan stroke iskemik telah berkembang pesat dengan ditemukannya teknik *revaskularisasi tissue plasminogen activator* (RtPA) intravena dan kateterisasi intraarterial. Terapi trombolitik akan mengurangi kecatatan sedang hingga berat, sampai 30%. Namun, hanya sedikit pasien stroke yang bisa mendapat terapi ini, karena adanya kriteria keamanan yang ketat. Penggunaan tPA sebagai terapi trombolitik untuk stroke iskemik di negara berkembang masih sangat rendah. Laporan penelitian yang melibatkan 1624 populasi di Thailand menunjukkan penggunaan trombolitik hanya sekitar 2,1% dan di India sekitar 7% pada penelitian yang melibatkan 489 populasi.

Sebagian besar stroke iskemik disebabkan sumbatan arteri serebri oleh trombus. Pengalaman pemberian agen trombolitik pada infark miokard akut, emboli paru, dan penyakit trombotik lainnya cukup berhasil, begitu juga pada stroke. Namun, lebih dari 95% kasus gagal memenuhi kriteria kelayakan; gejala dan tanda stroke dapat membingungkan pasien dan klinisi, sehingga pasien terlambat mendapat pertolongan medis. Pemberian tPA intravena diajukan pada tahun 1996 oleh *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS) dengan indikasi pemberian dalam 3 jam sejak timbul gejala jika tidak ada perdarahan otak dan kriteria eksklusi lainnya berdasarkan hasil studi yang telah dilakukan pada NINDS trial 1 dan NINDS trial 2. Pada NINDS trial pertama, 291 pasien dengan stroke iskemik akut ditentukan secara acak, dalam 3 jam setelah onset stroke mendapatkan alteplase atau plasebo intravena. Hasil primary end point adalah pemulihan neurologis dalam 24 jam, diindikasikan sebagai perbaikan fungsi neurologis paling sedikit 4 poin berdasarkan skor *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS). Pada penelitian ini tidak ada perbedaan bermakna antara pasien yang menerima tPA dibandingkan plasebo. Pada NINDS trial kedua yang melibatkan 333 pasien stroke iskemik akut dengan primary end point adalah pemulihan fungsi neurologis setelah 3 bulan. Pasien yang diterapi dengan tPA intravena memperlihatkan hasil yang lebih baik dibandingkan placebo.

* + 1. **Kriteria Trombolitik**
  1. Kriteria Inklusi

Diagnosis stroke iskemik dengan defisit neurologis yang dapat dinilai

Onset gejala < 3 jam (ECAS III < 4,5 jam)

Usia > 18 tahun

* 1. Kriteria Eksklusi

Cedera kepala atau stroke sebelumnya dalam 3 bulan

Gejala yang mengarah ke perdarahan subaraknoid

Pungsi arteri di tempat yang tidak dapat dikompresi

Riwayat perdarahan intrakranial

Tekanan darah sistolik >185 mmHg atau diastolik >110 mmHg yang tidak respons dengan antihipertensi

Ada bukti perdarahan aktif

Hitung trombosit <100.000/mm2

Mendapat heparin dalam 48jam, dengan hasil APTT diatas nilai batas normal

Menggunakan antikoagulan, dengan INR >1,47 atau PT > 15s

Gula darah < 50mg/dl

CT dengan bukti infark multilobar (hipodensitas lebih dari sepertiga hemisfer serebri)

* 1. Kriteria Eksklusi Relatif

Stroke minor atau dengan perbaikan yang cepat

Kejang saat onset stroke

Pembedahan besar atau trauma serius dalam 14 hari

Perdarahan saluran cerna atau traktus urinarius dalam 21 hari

Infark miokard akut dalam 3 bulan.

* + 1. **Efek samping Trombolitik**

Komplikasi utama terapi trombolitik adalah perdarahan. Perdarahan intrakranial dapat timbul pada 7% - 8% pasien. Pasien stroke berat lebih mungkin mengalami komplikasi perdarahan, tapi tidak ada bukti bahwa grup ini tidak mendapat manfaat dari trombolitik intravena. Pasien usia lebih tua tidak mengalami peningkatan risiko perdarahan, walaupun hasil keluaran lebih buruk dan mortalitas lebih tinggi. Di samping usia dan skor NIHSS, faktor risiko perdarahan intrakranial termasuk hipodensitas pada *Computed Tomography* (CT) scan, kenaikan kadar gula darah, dan oklusi persisten arteri proksimal setelah 2 jam pemberian tPA intravena. Perdarahan sistemik dilaporkan terjadi 0,4% sampai 1,5% pasien. Rekomendasi penatalaksanaan perdarahan intrakranial atau sistemik setelah terapi trombolitik dengan pemberian kriopresipitat dan trombosit walaupun bukti yang ada saat ini masih kurang. Komplikasi lain termasuk angioedema wajah pada 1% sampai 5% pasien. Pada kebanyakan kasus, gejala tersebut ringan dan cepat membaik, namun dapat membahayakan jika angioedema yang terjadi menutupi jalan napas. Penatalaksanaan dengan glukokortikoid dan antihistamin.

* + 1. **Penatalaksanaan**

1. Infus tPA 0,9 mg/kg (maksimum dosis 90 mg) dalam 60 menit, dengan 10% dosis total diberikan sebagai bolus IV inisial dalam 1 menit.
2. Masukkan pasien ke perawatan intensif atau stroke unit untuk monitoring.
3. Jika terdapat nyeri kepala hebat, hipertensi akut, mual atau muntah, atau perburukan pada pemeriksaan neurologis, hentikan infus (jika tPA masih sedang diberikan) dan lakukan CT scan segera.
4. Periksa tekanan darah dan lakukan penilaian neurologis setiap 15 menit selama dan setelah infus tPA selama 2 jam, selanjutnya setiap 30 menit selama 6 jam, selanjutnya setiap jam selama 24 jam.
5. Naikkan frekuensi pemeriksaan tekanan darah jika tekanan darah sistolik >180 mmHg atau jika tekanan darah diastolik >105 mmHg; berikan medikasi antihipertensi untuk mempertahankan tekanan darah.
6. Tunda pemasangan pipa nasogastrik, kateter urin, atau kateter tekanan intra-arteri.
7. Lakukan CT scan atau MRI 24 jam setelah pemberian tPA IV sebelum pemberian antikoagulan dan antiplatelet.
   1. **Konsep Asuhan Keperawatan pada CVA Infark Hiperakut** 
      1. **Pengkajian Keperawatan**

Menurut Wiyaja & Putri 2013 anamnesa pada stroke meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pengkajian psikososial.

1. Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua 40 -70 tahun (Smeltzer & Bare 2013). Jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

1. Keluhan utama

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

1. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke non hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Kekeliruhan, perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan koma.

1. Riwayat penyakit dahulu

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

1. Riwayat penyakit keluarga

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

1. Pengkajian psikososiospiritual

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

1. Pemeriksaan Fisik

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

* + 1. B1 (Breathing)

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran compos metris, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

* + 1. B2 (Blood)

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

* + 1. B3 (Brain)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

* + 1. B4 (Bladder)

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

* + 1. B5 (Bowel)

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

* + 1. B6 (Bone)

Stroke adalah penyakit UMN dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuhh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuhh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O2 kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

* + 1. Pengkajian Tingkat Kesadaran

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan klien dan respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan. Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan.

* + 1. Pengkajian Fungsi Serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa, lobus frontal, dan hemisfer.

* + 1. Status Mental

Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien. Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.

* + 1. Fungsi Intelektual

Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pada beberapa kasus klien mengalami brain damage yaitu kesulitan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata.

* + 1. Kemampuan Bahasa

Penurunan kemampuan bahasa tergantung daerah lesi yang memengaruhi fungsi dari serebral. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area Wernicke) didapatkan disfasia reseptif, yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian posterior dari girus frontalis inferior (area Broca) didapatkan disfagia ekspresif, yaitu klien dapat mengerti, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar. Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika klien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

1. Pengkajian Saraf Kranial Menurut Wijaya & Putri (2013) Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I - XII.

1) Saraf I : Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

2) Saraf II : Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada Mien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

3) Saraf III, IV, dan VI. Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis pada tubuhh.

4) Satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.

5) Saraf V. Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigenimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.

6) Saraf VII. Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.

7) Saraf VIII. Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.

8) Saraf IX dan X. Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.

9) Saraf XI. Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.

10) Saraf XII. Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecapan normal.

i. Pengkajian Sistem Motorik

Stroke adalah penyakit saraf motorik atas (UMN) dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena UMN bersilangan, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuhh dapat menunjukkan kerusakan pada UMN di sisi berlawanan dari otak.

1) Inspeksi Umum. Didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuhh adalah tanda yang lain.

2) Fasikulasi. Didapatkan pada otot-otot ekstremitas.

3) Tonus Otot. Didapatkan meningkat.

* + 1. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan pada pasien CVA Infark menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017), antara lain:

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
2. Defisit perawatan diri berhubungan gangguan mobilitas fisik
3. Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi, efek agen farmakologis.
   * 1. **Rencana keperawatan**
4. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan memperlihatkan mobilisasi

Kriteria Hasil:

pasien dapat melakukan pergerakan ektremitas, rentang gerak dan kekuatan otot meningkat.

Intervensi dan Rasional :

|  |  |
| --- | --- |
| INTERVENSI | RASIONAL |
| 1. Anjurkan pasien untuk dapat berperan serta dalam kegiatan sehari-hari dengan keterbatasan yang dialaminya. 2. Berikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif (ROM) yang disesuaiakan dengan prosedur pembedahan 3. Anjurkan untuk melatih kaki bagian bawah/lutut. 4. Anjurkan pasien untuk belajar mobilisasi secara bertahap sesuai dengan kemampuan 5. Lakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgesik. | 1. Peran serta pasien akan meningkatkan kemandirian dan perasaan akan pengendalian terhadap diri. 2. Meningkatkan kekuatan otot, mencegah kekakuan pada sendi akibat bedrest. 3. Stimulasi sirkulasi vena/arus balik vena menurunkan keadaan vena yang statis dan kemungkinan terbentuknya trombus. 4. Mobilisasi secara bertahap dapat membantu pasien beradaptasi dan memulai aktivitas seperti saat pasien sebelum sakit. 5. Analgesik bekerja mengurangi reseptor nyeri. |

1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan mobilitas fisik.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mampu menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Kriteria Hasil:

1. Pasien dapat makan secara mandiri.
2. Pasien mampu melakukan perawatan diri seperti mandi, ke kamar mandi untuk BAK/BAB, mengganti baju.
3. Pasien menyampaikan perasaan dan keluhannya.

Intervensi dan rasional :

|  |  |
| --- | --- |
| INTERVENSI | RASIONAL |
| 1. Jaga privasi pasien untuk meningkatkan harga diri. 2. Monitor cara hygiene, berpakaian dan berhias setiap hari berikan alat bantu untuk meningkatkan kemandirian. 3. Berikan bantuan dalam mandi, berpakaian dan berhias. 4. Anjurkan keluarga untuk menyediakan pakaian yang mudah untuk dipakai. 5. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. | 1. Menjaga privasi sangat berguna dalam meningkatkan koping pasien 2. Mengidentifikasi area masalah dan meningkatkan kepercayaan diri mandiri pasien 3. Meningkatkan kemandirian agar mudah dimengerti. 4. Pakaian yang mudah dapat membantu memudahkan pasien untuk berpakaian secara mandiri 5. Melatih pasien dalam berlatih sesuai kemampuan dan tidak memaksakan. |

1. Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi, agen farmakologis.

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi perdarahan.

Kriteria Hasil

Kelembaban membran mukosa, kelembaban kulit tetap terjaga.

Tidak terjadi perdarahan seperti hemoptysis, hematemesis, hematuria.

Hasil laborat pada hemoglobin dan hematocrit dalam batas normal

Tekanan darah tidak lebih dari 160mmhg systole

Intervensi dan Rasional :

|  |  |
| --- | --- |
| INTERVENSI | RASIONAL |
| 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan. 2. Monitor koagulasi (*Protrombin Time*), *partial thromboplastin time* (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin/platelet. 3. Batasi tindakan invasif, jika perlu. 4. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan. 5. Kolaborasi pemberian transfusi, jika perlu. | 1. Memantau tingkat perdarahan yang terjadi. 2. Sebagai kontrol dalam melakukan tindakan selanjutnya. 3. Mencegah terjadinya perdarahan akibat tindakan invasif. 4. Mengetahui lebih awal bila terjadi perdarahan. 5. Sebagai tindakan dalam menangani perdarahan jika terjadi. |

* + 1. **Tindakan keperawatan**

Tindakan Keperawatan Menurut Doenges (2012) mengatakan bahwa implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakuakan sesuai rencana yang telah dibuat. Jenis tindakan keperawatan tersebut antara lain independent, dependent, dan interdependent. Independent adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sendiri tanpa ada ketergantungan dengan tim kesehatan lain, seperti mengukur tanda-tanda vital, mengkaji pola makan. Dependent adalah tindakan keperawatan yang dilakukan dengan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya seperti dokter, analisis dan dokter gigi. Sedangkan interdependent adalah tindakan keperawatan yang dilakukan dengan kolaborasi dengan tim kesehatan yang terlibat dalam keperawatan pasien seperti konsultasi tentang kesehatan pasien dengan dependent lain seperti penyakit dalam, bedah, dan lain-lain.

* + 1. **Evaluasi keperawatan**

Menurut Doenges (2012) mengatakan bahwa pada tahap akhir yang dilakukan dalam proses keperawatan yaitu evaluasi, evaluasi dilakukan dengan mengidentifikasi sejauh mana tujuan tercapai. Dan kesimpulan dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan dihentikan atau dimodifikasi. Evaluasi menggunakan format SOAP yaitu Subjektif, objektif, analisa, dan planning.

**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran yang nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien CVA Infark, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 19 Juli 2020 sampai dengan 21 Juli 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 19 Juli 2020 pukul 07.30 WIB. Pasien MRS pada tanggal 13 Juli 2020. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file No. Register 345xxx sebagai berikut :

* 1. **Pengkajian** 
     1. **Riwayat Penyakit**

1. Identitas

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny “S” usia 65 tahun, bahasa yang sering digunakan sehari-hari adalah bahasa Indonesia dan bahasa jawa, agama yang dianut pasien adalah agama Islam, suku jawa, pasien adalah warga negara Indonesia, pendidikan terakhir adalah sekolah menengah atas (SMA), pekerjaan sebagai ibu rumah tangga. Pasien tinggal bersama suami dan anak ketiganya. Penaggung jawab biaya pasien adalah biaya pribadi dengan kelas III. Pasien memiliki 1 suami bernama Tn. “P”, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa Indonesia dan bahasa jawa, agama yang dianut adalah agama islam, suku jawa, berkewarganegaraan Indonesia, pendidikan terakhir sekolah menengah atas (SMA). Pasien memiliki 2 anak perempuan dan 1 anak laki - laki.

1. Keluhan utama

Pasien mengeluh kaki dan tangan kanan mengalami kelemahan untuk bergerak dan bicara pelo.

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada tanggal 13-07-20 pukul 08.00, pasien ke IGD RS Premier Surabaya dengan keluhan kaki dan tangan kanan mengalami kelemahan untuk bergerak dan bicara pelo baru pagi ini. Di IGD dilakukan pemeriksaan Laborat DL, KK, FH, foto thorax dan MRI kepala. Kemudian pasien diantar pukul 09.00 untuk dirawat di ruang Stroke Unit dengan diagnosa CVA Infark hiperakut code S. Pasien dilakukan tindakan pemberian trombolitik setelah ada hasil MRI kepala dan memenuhi syarat dalam pemberian RTPA.

Pada saat pengkajian tanggal 19-07-20, didapatkan pasien mengeluh kaki dan tangan kanan masih sedikit berat dan masih pelo, pasien BAB tiap hari sekali dan tidak ada diare. Hasil pemeriksaan TD : 145/82mmHg, S : 36.5ºC, RR : 20x/mnt, N : 88x/mnt, SpO2 : 97% pasien dalam tahap mobilisasi mika-miki dan latihan bicara untuk mengurangi pelo.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan tidak pernah memiliki riwayat hipertensi ataupun diabetes dan tidak pernah tindakan operasi apapun.

1. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada sakit HT maupun DM, tetapi dari orang tua suami ada riwayat DM.

1. Diagnosa Medis

CVA Infark Hiperakut code S

**3.1.2 Genogram**

Keterangan :

: Laki-laki : Penderita :Tinggal Serumah

: Perempuan : Meninggal

Gambar 3.1 Gambar Genogram Ny. S

* + 1. **Pola Kebutuhan Dasar**

1. Pola Nutrisi

Pola Nutrisi

SMRS:

Pasien makan 2-3x/sehari, nafsu makan baik, makan selalu habis 1 porsi, tidak mual, tidak muntah. Jenis makanan yang dikonsumsi di rumah adalah nasi, lauk pauk, sayuran, buah-buahan. Pasien mengatakan tidak ada pantangan makanan ataupun alergi pada makanan.

MRS:

Pasien makan 3x/sehari , nafsu makan baik, makan habis 1 porsi, tidak mual, tidak muntah, tidak ada disfagia.

1. Pola Eliminasi

SMRS:

1. BAK

Pasien mengatakan kencing 4-5 x/hari, warna kuning jernih. Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat kencing.

1. BAB

Pasien BAB 1 x/hari, warna kuning kecoklatan, bau khas feses, konsistensi padat lembek. Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat BAB.

MRS:

1. BAK

frekuensi minum pasien adalah kurang lebih 5-7 gelas/24 jam, jumlahnya kurang lebih 1800 cc tidak ada pantangan maupun minuman khusus yang disukai, kencing lancar dengan pampers, frekuensi kencing 8-10x/24jam dengan jumlah kurang lebih 1250ml, pasien kencing dibantu oleh suami dan anak pasien.

1. BAB

Pasien mengatakan BAB lancer, 1x/hari dan tidak ada diare.

1. Pola Personal Hygine

SMRS :

Sebelum sakit pasien melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri, dan pada waktu sakit kegiatan seperti toileting, mobilisasi, berpakaian dan mandi dibantu oleh keluarga dan perawat. Sebelum masuk rumah sakit, pasien mandi 2x/hari, keramas 2x seminggu, menyikat gigi 2x sehari, memotong kuku 1x seminggu dan berganti pakaian 2x/hari.

MRS :

Setelah masuk rumah sakit pasien mengatakan mandinya diseka 2x/hari oleh perawat, menyikat gigi 1x/hari, belum pernah memotong kuku kadang - kadang di rumah sakit dan berganti pakaian 1x/hari.

1. Pola Istirahat Tidur

SMRS :

Sebelum pasien masuk rumah sakit, pasien tidak pernah tidur siang, waktu tidur malam pasien adalah pukul 20.00 – 04.00 , sehingga jumlah jam tidurnya 6 jam perhari.

MRS :

Selama di rumah sakit, pasien tidur siang pada pukul 12.00 – 13.30 dan tidur malam pada pukul 21.00 – 05.00.

1. Psikososiocultural

Ideal diri : Pasien mengatakan ingin segera cepat sembuh

Gambaran diri: pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya

Peran diri : pasien mengatakan pasien adalah seorang ibu rumah tangga yang menjaga keluarganya.

Harga diri: Pasien mengatakan tidak merasa malu dan rendah hati karena penyakit yang di alami sekarang

Identitas diri: Pasien mengatakan dirinya adalah seorang ibu rumah tangga dan ibu dari ketiga anakmya.

Citra tubuh : Pasien tidak merasa malu dengan sakit yang dideritanya, pasien hanya ingin sembuh dan bisa beraktifitas kembali

Hubungan dgn lingkungan sekitar : Baik. Pasien dijaga oleh keluarga

Keyakinan dan nilai : Pola nilai kepercayaan pasien beragama islam dan pesien mengatakan mengerjakan sholat lima waktu, namun saat sakit pasien mengatakan bahwa tidak mengerjakan sholat 5 waktu. Pasien mengatakan saat sakit pasien selalu berdoa untuk memohon kesembuhan dirinya. Tidak ada pantangan agama bagi pasien dan pasien tidak meminta kunjungan rohaniawan.

Koping dan toleransi stres : Pasien mengatakan mengatasi stres dengan berdoa dan berdzikir.

* + 1. **Pemeriksaan Fisik**

1. Keadaan Umum dan GCS

Keadaan umum pasien baik dengan GCS E4 M5 V6 total 15, kesadaran pasien compos mentis. Pasien tidur di tempat tidur, tidak terpasang folley kateter dan tidak terpasang alat bantu nafas O2.

1. Tanda-tanda Vital

TD : 145/82mmHg, S : 36.5ºC, RR : 20x/mnt, N : 88x/mnt, SpO2 : 97%

1. B1 : Breath/pernafasan

Wawancara : Pasien mengatakan tidak sesak

Inspeksi : Retraksi dada seimbang kiri dan kanan, bentuk normal chest

Palpasi : Teraba sama kedua lapang paru

Auskultasi : Terdengar sonor pada kedua lapang paru, tidak ada suara napas tambahan

Perkusi : terdengar pekak pada kedua lapang paru

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

1. B2 : Blood/sirkulasi

Wawancara : pasien sudah menopouse

Inspeksi : Konjungtiva merah muda, CRT<2dtk

Palpasi : Akral hangat, CRT<2dtk

Auskultasi : tidak dilakukan

Perkusi : tidak dilakukan

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

1. B3 : Brain/persarafan

Inspeksi :

Palpasi & perkusi:

Nervus 1 – 12 , Pengkajian nyeri :

1. Nervus I (Olfaktorius) pasien mampu mencium bau terbukti dengan pasien mampu membedakan antara bau bubuk kopi dan bau minyak kayu putih.
2. Nervus II (Optikus) ketajaman penglihatan masih normal karena tidak ada gangguan lapang pandang dan reflek pupil pasien terhadap cahaya +/+.
3. Nervus III, IV, V (Okulomotorius, Troklear, Abdusen) pasien dapat membuka kelopak mata, dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, ke atas dan ke bawah sesuai dengan perintah.
4. Nervus V (Trigeminus) kemampuan mengunyah pasien tidak terdapat gangguan dan pasien mampu mengunyah dengan baik.
5. Nervus VI (Abducens) pasien mampu melirik dengan baik.
6. Nervus VII (Fasialis) wajah pasien sedikit asimetris, wajah perot dan senyum tertinggal.
7. Nervus VIII (Vestibulokoklearis) fungsi pendengaran baik karena pasien mampu mendengar dan menjawab pertanyaan yang diajukan perawat dan dokter.
8. Nervus IX, X (Glosofaringeus, Vagus) reflek muntah pasien positif, kemampuan menelan pasien baik hal ini terbukti pasien mampu menghabiskan 1 porsi penuh makanan yang di sediakan oleh rumah sakit.
9. Nervus XI (Aksesorius) fungsi otot sternomastoid dan trapezius pasien mampu menoleh kanan dan kiri dan menggerakan leher dengan baik.
10. Nervus XII (Hipoglosus) kekuatan otot lidah pasien baik hal ini terbukti pasien mampu menggerakkan lidah kekanan, kekiri, keatas dan kebawah.
11. Penekanan dari inti syaraf motorik menyebabkan kelemahan otot

Masalah Keperawatan : Gangguan mobilitas fisik

1. B4 : Bladder/perkemihan

Sebelum masuk rumah sakit, frekuensi minum pasien adalah 5-6 gelas/24 jam, jenisnya air putih, jumlahnya kurang lebih 1500 cc, Setelah masuk rumah sakit, frekuensi minum pasien adalah kurang lebih 5-7 gelas/24 jam, jenisnya air putih, jumlahnya kurang lebih 1250 cc tidak ada pantangan maupun minuman khusus yang disukai, BAK dengan pampers, frekuensi BAK 8-10x/24jam, pasien bila BAK dibantu oleh perawat dan keluarga.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

1. B5 : Bowel/pencernaan

Wawancara : Pasien mengatakan tidak ada kendala dengan BAB. Sebelum MRS pasien BAB 1x/hari. Saat dirawat pasien tidak mengalami konstipasi, BAB 1x/hari dengan konsistensi lembek dan tidak diare. Pola makan selama dirawat normal. Pasien mampu menghabiskan makan yang diberikan sesuai diet di RS.

Inspeksi : Abdomen normal

Palpasi & perkusi : Tidak ada nyeri tekan, terdengar timpani pada seluruh lapang abdomen

Auskultasi : Bising usus 10x/mnt

Masalah Keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

1. B6 : Bone/muskuloskeletal

Wawancara : Pasien mengatakan kaki dan tanagn kanan lemah dan berat bila digerakkan.

Inspeksi : Oedema (-), telapak kedua kaki rata.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, refleks Babinski (-) tonus otot 4455/4455

Perkusi : -

Pada pemeriksaan inspeksi, warna kulit coklat sawo matang, tidak terdapat luka. akral hangat kering merah, turgor kulit baik, tidak terdapat oedem pada semua ekstremitas. Pada pemeriksaan palpasi: Turgor kulit baik, CRT < 2 detik, Tidak terdapat luka.

Kekuatan otot:

4444 5555

4444 5555

Keterangan:

5: otot normal, dapat melawan tahanan maksimal

4: otot mampu berkontraksi dan bergerak melawan tahanan minimal

3: otot dapat berkontraksi dan bergerak melawan gravitasi

2: otot dapat berkontraksi tetapi tidak mampu melawan gravitasi

1: Terdapat kontraksi otot

0: Tidak ada kontraksi otot

Masalah Keperawatan: Gangguan mobilitas fisik

1. **Pemeriksaan Penunjang**

Tabel 3.1 pemeriksaan penunjang

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lab Tgl 13-07-20 :  Hematologi | | |
| WBC | 6.18 | 10ˆ3/uL |
| RBC | 5.21 | 10ˆ6/Ul |
| HGB | 12.5 | g/dL |
| PLT | 246 | 10ˆ3/uL |
| Creatinine 0,23 0,40 – 1,10 g/dl | | |
| LDL | 190 | 0,0 – 100,0 mg/dl |
| Trigliseride | 173 | 25 – 150 mg/dl |
| PT | 32.6 | 10,0 – 15 |
| INR | 0,1 | 0,0 – 1,0 |
| HCT | 45,0 | 34,0 – 46,0 |

Hasil foto thorax tgl 13-07-20 :

Cor besar dan bentuk normal

Pulmo tidak tampak kelainan

MRI tgl 13-07-20 :

Hasil analisa pemeriksaan :

1. Infark lacunar, smaal vessel
2. Tidak tampak hidrosefalus

Hasil CT Scan kepala tgl 14-07-2020 :

Tidak ada perdarahan/hemoragik

Tidak ada hidrosefalus

1. **Terapi Medis**

Tabel 3.2 Terapi Medis

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tanggal** | **Terapi obat** | **Dosis** | **Indikasi** | **Kontraindikasi** | **Efek samping** |
| 19 Juli 2020 | Brainact | 2x1gram | Membantu menangani kondisi kehilangan kesadaran karena kerusakan otak, cedera kepala, mempercepat penyembuhan pada kelumpuhan tangan dan kaki. | * Hipersensitivitas * Pemberian bersamaan dengan levodopa (obat parkinson) | * Sakit kepala * Insomnia * Perubahan tekanan darah * Pusing |
| 19 Juli 2020 | Plavix | 1x75 mg | Mencegah terjadinya aterotrombosis pada pasien dengan infark miokard, stroke iskemik, sindrom coroner akut. | Ulkus peptikum aktif, perdarahan intracranial. | Perdarahan lambung, memar, hematom, perdarahan dalam urine, hidung berdarah. |
| 19 Juli 2020 | metylcobalt | 2x500mg | Mengatasi masalah saraf seperti neuropati perifer yang terjadi akibat kerusakan pada system saraf perifer. | Hipersensitif | Diare, mual, muntah, pusing, ruam dan sensasi panas di kulit. |
| 19 Juli 2020 | Nacl 0,9 % | 500ml/24jam | Mencegah terjadinya dehidrasi | Hipersensitif | Detak jantung cepat, demam, gatal – gatal, iritasi, nyeri sendi. |
| 13 Juli 2020 | actylis | 6ml/iv bolus dilanjutkan 44ml/1jam | Pengobatan trombolitik pada infark miokard, pada stroke yang masih dalam waktu 3jam | Gangguan perdarahan, stroke berat, subaraknoid, aneurisma, hipertensi yang tidak terkontrol. | Hematom, perdarahan. |

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
2. Defisit perawatan diri berhubungan gangguan mobilitas fisik
3. Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi, efek agen farmakologis.
   1. **Analisa Data**

Tabel 3.3 Analisa data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Data (Symptom)** | **Penyebab (Etiologi)** | **Masalah (Problem)** |
| 1 | DS :  Pasien mengeluh tangan dan kaki kanan lemas    DO :   1. GCS E4V5M6 2. Pasien bedrest (mobilisasi mika-miki) 3. tonus otot 4444 5555   4444 5555 | Penurunan kekuatan otot | Gangguan mobilitas fisik |
| 2 | DS: -  DO :   * tensi 145/82mmhg, nadi 85x/mnt, rr 20x/mnt * tidak ada perdarahan | Gangguan koagulasi, efek agen farmakologis | Resiko perdarahan |
| 3 | DS:  Pasien mengatakan tidak bisa mandi sendiri dan diseka oleh perawat.  DO :   * GCS E4V5M6 * Pasien bedrest tidak ada dekubitus * Px diseka 2x sehari | Gangguan mobilitas fisik | Defisit perawatan diri |

* 1. **Prioritas Masalah**

Tabel 3.4 Prioritas masalah

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | | **Tanda Tangan** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
| **1** | Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi, efek agen farmakologis. | 19 Juli 2020 |  | NurH |
| **2** | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. | 19 Juli 2020 |  | NurH |
| **3** | Defisit perawatan diri berhubungan gangguan mobilitas fisik. | 19 Juli 2020 |  | NurH |

* 1. **Rencana Asuhan Keperawatan**

Tabel 3.5 Rencana Asuhan Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Dx.** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan**  **Dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1 | Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi, efek agen farmakologis. | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi perdarahan dengan  Kriteria Hasil :  - Kelembaban membran mukosa, kelembaban kulit tetap terjaga.  - Tidak terjadi perdarahan seperti hemoptysis, hematemesis, hematuria.  -Hasil laborat pada hemoglobin dan hematocrit dalam batas normal  -Tekanan darah tidak lebih dari 160mmhg systole  - Tidak ada perdarahan pada gambaran CT Scan kepala.  - Tidak terjadi TIK sehingga tidak transformasi ke stroke perdarahan. | 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan, serta pengukuran TTV secara berkala. 2. Monitor koagulasi (Protrombin Time), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin/platelet dan cek INR. 3. Batasi tindakan invasif, jika perlu. 4. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan, seperti ada pusing, nyeri kepala. 5. Evaluasi perdarahan dengan CT Scan kepala 6. Kolaborasi pemberian transfusi, jika perlu. | 1. Memantau tingkat perdarahan yang terjadi.  2. Sebagai kontrol dalam melakukan tindakan selanjutnya.  3. Mencegah terjadinya perdarahan akibat tindakan invasif.   1. Mengetahui lebih awal bila terjadi perdarahan. 2. Sebagai monitoring tindakan selanjutnya. 3. Sebagai tindakan dalam menangani perdarahan jika terjadi. |
| 2 | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan memperlihatkan mobilisasi  Kriteria Hasil:  Pasien dapat melakukan pergerakan ekstremitas, rentang gerak dan kekuatan otot meningkat. | 1. Anjurkan pasien untuk dapat berperan serta dalam kegiatan sehari-hari dengan keterbatasan yang dialaminya. 2. Berikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif (ROM) yang disesuaiakan dengan prosedur. 3. Anjurkan untuk melatih kaki bagian bawah/lutut. 4. Anjurkan pasien untuk belajar mobilisasi secara bertahap sesuai dengan kemampuan. | 1. Peran serta pasien akan meningkatkan kemandirian dan perasaan akan pengendalian terhadap diri.  2. Meningkatkan kekuatan otot, mencegah kekakuan pada sendi akibat bedrest.  3. Stimulasi sirkulasi vena/arus balik vena menurunkan keadaan vena yang statis dan kemungkinan terbentuknya trombus.  4. Mobilisasi secara bertahap dapat membantu pasien beradaptasi dan memulai aktivitas seperti saat pasien sebelum sakit. |
| 3 | Defisit perawatan diri berhubungan gangguan mobilitas fisik | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan berpakain dan berhias secara mandiri  Kriteria Hasil:   1. Pasien dapat makan secara mandiri. 2. Pasien mampu melakukan perawatan diri seperti mandi, ke kamar mandi untuk BAK/BAB, mengganti baju. 3. Pasien menyampaikan perasaan dan keluhannya. 4. Pasien atau pemberi asuhan mengidentifikasi sumber-sumber untuk membantu koping terhadap masalah setelah pemulangan | 1. Jaga privasi pasien untuk meningkatkan harga diri. 2. Monitor cara *hygiene*, berpakaian dan berhias setiap hari berikan alat bantu untuk meningkatkan kemandirian. 3. Berikan bantuan dalam mandi, berpakaian dan berhias   .   1. Anjurkan keluarga untuk menyediakan pakaian yang mudah untuk dipakai. 2. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. | 1. Menjaga privasi sangat berguna dalam meningkatkan koping pasien 2. Mengidentifikasi area masalah dan meningkatkan kepercayaan diri mandiri pasien 3. Meningkatkan kemandirian agar mudah dimengerti. 4. Pakaian yang mudah dapat membantu memudahkan pasien untuk berpakaian secara mandiri 5. Melatih pasien dalam berlatih sesuai kemampuan dan tidak memaksakan. |

* 1. **Implementasi dan Evaluasi Keperawatan**

Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Diagnosa** | **Waktu** | **Implemetasi (PAGI)** | **Paraf** | **Waktu** | **SOAP** | **Paraf** |
| 1  2  2  1  2  3  3  3  3  3  3 | **19-07-20**  08.30  09.30  09.30  10.30  10.30  10.30  12.00  13.00  13.55  13.55 | * Monitor tanda dan gejala perdarahan, TTV secara berkala. * Menganjurkan pasien untuk dapat berperan serta dalam kegiatan sehari-hari dengan keterbatasan yang dialaminya. * Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif (ROM), lakukan tensi sebelum latihan : tensi 135/75mmhg, nadi 65x/mnt, rr 18x/mnt, suhu 36.2ºC dan sesudah latihan : Tensi 140/70 mmhg, nadi 70x/mnt, rr 19x/mnt, suhu 36ºC. * Monitor koagulasi pasien pada hasil laborat, hasil INR 0,1mg/dl. * Menganjurkan untuk melatih kaki bagian bawah/lutut. * Menganjurkan pasien untuk miring kanan miring kiri * Menjaga privasi pasien untuk meningkatkan harga diri. * Memonitor cara *hygiene*, berpakaian dan berhias setiap hari berikan alat bantu untuk meningkatkan kemandirian * Memberikan bantuan dalam mandi, berpakaian dan berhias * Menganjurkan keluarga untuk menyediakan pakaian yang mudah untuk dipakai * Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. * Melakukan tensi, tensi 145/82mmhg, nadi 82x/mnt, rr 20x/mnt, suhu 36.5ºC. | NurH  NurH  NurH  NurH | Diagnosa 1  14.00  Diagnosa 2  Diagnosa 3 | S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan, tidak ada pusing, nyeri kepala, mual dan muntah.  O:   * GCS E4V5M6 * Px tidak ada perdarahan hidung, lambung * Px tidak ada hematom * TTV : TD : 145/82mmHg, S : 36,5ºC,\ HR : 62x/mnt, RR : 20x/mnt   A: Masalah tidak terjadi  P: Intervensi dilanjutkan  S: Pasien mengeluh tangan dan kaki kanan lemas.  O:   * GCS E4V5M6 * px bed rest (mobilisai mika - miki) * tidak ada hematom * kekuatan otot 4444 5555   4444 5555   * TTV : TD : 145/82mmHg, S : 36,5ºC,   HR : 82x/mnt, RR : 20x/mnt  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan  S : Pasien mengatakan belum diseka  O :   * GCS E4V5M6 * px bedrest * px tampak kusam, rambut rapi * Px sedang diseka anak * TTV : TD : 145/82mmHg, S : 36,5ºC, HR : 82x/mnt, RR : 20x/mnt   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan | NurH  NurH  NurH |

**IMPLEMENTASI & EVALUASI**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Diagnosa** | **Waktu** | **Implemetasi (PAGI)** | **Paraf** | **Waktu** | **SOAP** | **Paraf** |
| 2  1  3  2  3 | **20-07-20**  08.45  09.30  09.30  10.30  13.00 | * Menganjurkan pasien untuk belajar mobilisasi secara bertahap sesuai dengan kemampuan * Menganjurkan pasien untuk miring kanan miring kiri * Memonitor tanda dan gejala perdarahan dan TTV secara berkala. * Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan, adanya pusing, nyeri kepala. * Memonitor cara *hygiene*, berpakaian dan berhias setiap hari berikan alat bantu untuk meningkatkan kemandirian * Menganjurkan keluarga untuk mnyediakan pakaian yang mudah untuk dipakai * Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif (ROM) yang disesuaiakan dengan prosedur pembedahan. * Menganjurkan untuk melatih kaki bagian bawah/lutut. * Melakukan tensi, tensi 135/60 mmhg, nadi 72x/mnt, rr 20x/mnt, suhu 36.5ºC. * Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. | NurH  NurH  NurH | Diagnosa  2  14.00  Diagnosa 1  Diagnosa  3 | S: Pasien mengeluh tangan dan kaki kanan lemas  O:   * GCS E4V5M6 * Px mobilisasi duduk sandar * Px mampu melakukan ROM aktif dengan baik dan benar * Tonus otot 4+4+4+4+ 5555   4444 5555   * TTV : TD : 135/60mmHg, S : 36.5ºC, HR : 72x/mnt, RR : 20x/mnt   A: Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan  S : -  O:   * GCS E4V5M6 * Px tidak ada perdarahan * Px tidak ada hematom * TTV : TD : 135/60mmHg, S : 36.5ºC, HR : 72x/mnt, RR : 20x/mnt   A : Masalah tidak terjadi  P : Intervensi dilanjutkan  S : Pasien mengatakan belum diseka  O :   * GCS E4V5M6 * px tampak kusam, rambut rapi * Px diseka anak tadi pagi * TTV : TD : 135/60mmHg, S : 36.5ºC, HR : 72x/mnt, RR : 20x/mnt   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan | NurH  NurH  NurH |

**IMPLEMENTASI & EVALUASI**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Diagnosa** | **Waktu** | **Implemetasi (SORE)** | **Paraf** | **Waktu** | **SOAP** | **Paraf** |
| 2  1  3  1 | **21-07-20**  14.30  16.30  17.30  20.00 | * Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif (ROM) yang disesuaiakan dengan prosedur pembedahan. * Menganjurkan pasien untuk belajar mobilisasi secara bertahap sesuai dengan kemampuan * Memonitor tanda dan gejala serta TTV berkala. * Menjelaskan tanda dan gejala * Menganjurkan keluarga untuk menyediakan pakaian yang mudah untuk dipakai * Menganjurkan untuk melatih kaki bagian bawah/lutut. * Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. * Memonitor tanda koagulasi dan perdarahan perifer. | NurH  NurH | Diagnosa 2  21.00  Diagnosa 1  Diagnosa 3 | S: Pasien mengeluh tangan kanan sudah mulai bisa digerakkan, kaki kanan terasa kesemutan  O:   * GCS E4V5M6 * Px duduk sandar * Px mampu melakukan ROM aktif dengan baik dan benar * Tonus otot 5-5-5-5- 5555   4444 5555   * TTV : TD : 130/75mmHg, S : 37ºC, HR : 83x/mnt, RR : 20x/mnt   A: Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan  S: -  O:   * GCS E4V5M6 * px tidak ada perdarahan lambung, hidung dan kulit * tidak ada hematom * TTV : TD : 130/75mmHg, S : 37ºC, HR : 83x/mnt, RR : 20x/mnt   A : Masalah tidak terjadi  P : Intervensi dilanjutkan  S : Pasien mengatakan sudah diseka oleh anak  O :   * GCS E4V5M6 * px tampak bersih, rambut rapi * Px diseka anak sore * TTV : TD : 130/75mmHg, S : 37ºC, HR : 83x/mnt, RR : 20x/mnt   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan | NurH  NurH  NurH |

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

Bab 4 ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa CVA Infark Hiperakut di ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 19 - 21 Juli 2020. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

* 1. **Pengkajian**
     1. **Identitas**

Pada tinjauan kasus Penyebab dari CVA Infark diantaranya adalah Trombosis serebri Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama thrombosis serebral yang adalah penyebab paling umum dari stroke (Smeltzer & Bare 2013). Thrombosis ditemukan pada 40% dari semua kasus stroke yang telah dibuktikan oleh ahli patologi. Biasanya ada kaitannya dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis (Wijaya & Putri 2013). Emboli serebri Embolisme serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu thrombus dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung. Hemoragi Hemoragik dapat terjadi diluar durameter (hemoragi ekstra dural atau epidural) di bawah durameter (hemoragi subdural), di ruang sub arachnoid (hemoragik subarachnoid atau dalam susbstansial otak (Wijaya & Putri 2013).

Sedangkan pada kasus Ny. S pasien usia 65 th merasa lemah untuk bergerak dan bicara pelo, sehingga penulis berasumsi akibat adanya trombus pada pembuluh darah disertai adanya penigkatan lipid pada LDL pasien sehingga memperberat klinis pasien dengan cva. Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjauan kasus secara garis besar terjadi keselarasan dalam tinjauan pustaka dan didapatkan pada saat pengkajian.

* + 1. **Keluhan Utama**

Keluhan utama pasien saat dilakukan pengkajian yaitu lemah untuk bergerak dan bicara pelo. Pada tinjauan kasus Penyebab dari CVA Infark diantaranya thrombosis, adanya emboli dan hemoragic. Penulis berasumsi hal tersebut dikarenakan adanya peningkatan lipid pada LDL yang mengakibatkan thrombus pada pembuluh darah besar.

* + 1. **Riwayat Penyakit Sekarang**

Pada tinjauan kasus Penyebab dari CVA Infark diantaranya adalah Trombosis serebri Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama thrombosis serebral yang adalah penyebab paling umum dari stroke (Smeltzer & Bare 2013). Thrombosis ditemukan pada 40% dari semua kasus stroke yang telah dibuktikan oleh ahli patologi. Biasanya ada kaitannya dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis (Wijaya & Putri 2013). Emboli serebri Embolisme serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu thrombus dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung. Hemoragi Hemoragik dapat terjadi diluar durameter (hemoragi ekstra dural atau epidural) di bawah durameter (hemoragi subdural), di ruang sub arachnoid (hemoragik subarachnoid atau dalam susbstansial otak (Wijaya & Putri 2013).

Sedangkan pada kasus Ny. S pasien usia 65 th merasa lemah untuk bergerak dan bicara pelo, sehingga penulis merumuskan diagnosa : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot. Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjauan kasus secara garis besar terjadi keselarasan dalam tinjauan pustaka dan didapatkan pada saat pengkajian.

* + 1. **Riwayat Penyakit Dahulu**

Riwayat penyakit dahulu pada tinjaun kasus didapatkan pasien tidak pernah mempunyai riwayat sakit yang sama sebelumnya dan tidak pernah melakukan operasi. Stroke non hemoragik adalah stroke yang di sebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplai (Wijaya & Putri 2013).

Berdasarkan data dan teori tersebut dapat disimpulkan bahwa keadaan yang didapat pada pasien seperti kelemahan pada ekstremitas dan bicara pelo dikarenakan terdapat adanya penyumbatan di otak.

* + 1. **Riwayat Penyakit Keluarga**

Secara teori penyakit CVA Infark tidak diturunkan dari gen atau keluarga. Hasil dari pengkajian pada Ny.S didapatkan bahwa keluarga tidak ada menderita penyakit CVA sebelumnya. Berdasarkan hasil dari tinjauan teori dan kasus diatas, penulis berasumsi tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

* + 1. **Pemeriksaan Fisik**

B1 (*Breathing*)

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, nafas spontan, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak memakai alat bantu nafas, irama nafas reguler, tidak ada retraksi dada, frekuensi nafas 24x/menit. Pada pemeriksaan palpasi didapatkan taktil fremitus teraba simetris, tidak ada krepitasi. Pada pemeriksaan perkusi didapatkan perkusi dada sonor pada kedua lapang paru. Pada pemeriksaan auskultasi tidak terdengar suara nafas tambahan.

Pada tinjauan pustaka didapatkan bahwa pasien CVA tidak mengalami batuk, peningkatan produksi sputum, maupun suara nafas tambahan pada pasien. Melihat kondisi di atas, maka penulis mengambil kesimpulan bahwa pasien tidak ada masalah keperawatan pada sistem breathing.

B2 (*Blood*)

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan tidak ada sianosis, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak terlihat distensi vena jugularis, tidak ada nyeri dada, tidak terdapat edema pada ekstremitas. Pada pemeriksaan palpasi didapatkan teraba akral hangat kering merah, irama nadi reguler, nadi 88x/menit, CRT < 2 detik, ictus kordis teraba pada spatium intercostal 5 disebelah medial linea midclavicularis sinistra. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan bunyi jantung S1 S2 tunggal.

Pada tinjauan teori didapatkan adanya penurunan nadi, frekuensi nadi cepat dan lemah karena berhubungan dengan homeostasis tubuh dalam upaya menyeimbangkan kebutuhan oksigen perifer. Berdasarkan hasil yang didapatkan dari tinjuan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami gangguan atau tidak ada masalah pada sistem kardiovaskuler.

Sistem persarafan

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan kesadaran composmentis, GCS E:4 V:5 M:6. Kepala simetris, tidak terdapat lesi dan edema, pertumubuhan rambut merata, rambut warna hitam. Bentuk mata simetris. Pada pemeriksaan palpasi  dan perkusi didapatkan reflek fisiologis patella (+), reflek trisep (+), reflek bisep (+), reflek patologis babinsky (-).

Stroke non hemoragik adalah stroke yang di sebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplai (Wijaya & Putri 2013).

Berdasarkan hasil yang didapatkan dari tinjuan kasus dan tinjauan pustaka ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus sehingga ada masalah pada sistem persarafan pada pasien.

Sistem perkemihan

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan pasien tidak terpasang kateter, tidak ada nyeri saaat berkemih dan pada pemeriksaan palpasi didapatkan tidak ada nyeri tekan dan distensi pada kandung kemih. Pola BAK pasien sebelum masuk rumah sakit ± 4-5x sehari dengan konsistensi cair warna kuning jernih. Saat di rumah sakit pasien BAK ±8-10x sehari. Pada tinjaun kasus penurut penulis didapatkan bahwa pasien tidak mengalami inkontensia urin.

Sistem pencernaan

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan keadaan mulut bersih, mulut simetris, mukosa bibir kering, tidak ditemukan tonsillitis dan stomatitis, tidak terdapat asites pada abdomen. Pada pemeriksaan palpasi didapatkan tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak terdapat hepatomegali atau splenomegali. Pada pemeriksaan perkusi didapatkan bunyi timpani. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan bising usus 10x/menit. Pola makan pasien saat dirumah 3x sehari, habis 1 porsi dengan komposisi nasi, sayur, dan lauk. Selama di rumah sakit porsi pasien makan 3x sehari, habis 1 porsi, diet nasi, sayur, dan lauk. Pasien mengatakaan nafsu makan anaknya baik. Pola minum pasien saat dirumah ± 800cc/hari dengan jenis air putih. Selama dirumah sakit pasien minum ± 1250cc/hari dengan jenis air putih dan teh. Saat dirumah pasien BAB teratur 1x sehari dengan konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan. Selama dirumah sakit pasien juga BAB 1x/hari.

Berdasarkan data pada tinjaun pustaka dan tinjuan kasus didapatkan tidak ada kesenjangan pada keduanya, oleh karena itu pada sistem pencernaan tidak didapatkan masalah keperawatan.

Sistem muskuloskeletal

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan tidak terdapat edema pada ekstremitas, tidak terdapat luka, tidak terdapat fraktur, ROM terbatas, ADL pasien dibantu oleh suami dan anak, terdapat kelemahan pada tangan dan kaki sebelah kanan, pasien terlihat hanya tidur diatas tempat tidur. Pada pemeriksaan palpasi didapatkan tidak ada krepitasi. Pasien mengatakan pasien belum bisa berjalan sendiri, dan harus didampingi atau digandeng oleh keluarga yang lain, kekuatan otot ekstremitas atas 4444/5555 dan kekuatan otot ekstremitas bawah 4444/5555.

Berdasarkan data tersebut penulis menemukan masalah gangguan mobilitas fisik yang dibuktikan dengan ROM terbatas, ADL pasien dibantu oleh keluarga, terdapat kelemahan pada tangan dan kaki sebelah kanan, kekuatan otot ekstremitas atas 4444/5555 dan kekuatan otot ekstremitas bawah 4444/5555, pasien belum bisa berjalan dan terlihat hanya tidur tempat tidur.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Dari hasil pengkajian pasien dapat Diagnosa keperawatan pada pasien CVA Infark Hiperakut menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017), antara lain:

* 1. Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi, efek agen farmakologis.
  2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
  3. Defisit perawatan diri berhubungan gangguan mobilitas fisik

**4.3 Perencanaan**

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Pada tinjauan kasus perencanaan juga menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, akan tetapi penulis juga ingin berupaya memandirikan pasien dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (Kognitif), keterampilan mengenai masalah (Afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (Psikomotor). Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang ditetapkan.

* + - 1. Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi, efek agen farmakologis. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perdarahan tidak terjadi, Kriteria Hasil: Pasien tidak ada perdarahan hidung, lambung dan kulit, tidak ada hematom.
      2. Gangguan mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan memperlihatkan mobilisasi, Kriteria Hasil: pasien dapat mobilisasi di tempat tidur baik dengan bantuan minimal maupun mandiri Anjurkan pasien untuk dapat berperan serta dalam kegiatan sehari-hari dengan keterbatasan yang dialaminya. Berikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif (ROM) yang disesuaiakan dengan prosedur pembedahan. Anjurkan untuk melatih kaki bagian bawah/lutut. Anjurkan pasien untuk belajar mobilisasi secara bertahap sesuai dengan kemampuan. Lakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgesik.
      3. Defisit perawatan diri berhubungan gangguan mobilitas fisik. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan berpakain dan berhias secara mandiri, Kriteria Hasil: Kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi. Pasien atau pemberi asuhan melakukan program asuhan dirisetiap hari. Pasien menyampaikan perasaan dan keluhannya. Jaga privasi pasien untuk meningkatkan harga diri. Monitor cara *hygiene*, berpakaian dan berhias setiap hari berikan alat bantu untuk meningkatkan kemandirian. Berikan bantuan dalam mandi, berpakaian dan berhias, Anjurkan keluarga untuk menyediakan pakaian yang mudah untuk dipakai.
  1. **Pelaksanaan**

Pada pelaksanaan keperawatan untuk masalah keperawatan yang ada, telah dilaksanakan secara koordinasi dan terintregasi. Adapun beberapa intervensi yang memang tidak dilakukan dengan penyesuaian kondisi pada pasien dan kondisi di ruangan, serta disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya.

Dalam pelaksanaannya, ada faktor penunjang dan faktor penghambat yang penulis hadapi. Faktor penunjang pada pelaksanaan antara lain adanya kerja sama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana di ruangan dan diterimanya penulis di ruangan. Adapun faktor penghambat adalah ketidakmampuan penulis untuk melakukan asuhan keperawatan secara penuh selama 24 jam sehingga harus dilakukan pendelegasian dalam tindakan keperawatan pasien kepada anggota kelompok sehingga penulis tidak dapat secara langsung mengevaluasi hasil dari tindakan keperawatan pasien. Pelaksanaan asuhan keperawatan pada CVA Infark Hiperakut dilakukan sesuai dengan perencanaan yaitu sebagai berikut:

Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi, efek agen farmakologis.

Pelaksanaan dilakukan mulai tanggal 19-21 Juli 2020, pelaksaan yang dilakukan yaitu menganjurkan pasien untuk mengetahui tanda dan gejala perdarahan yang dialami, mengungkapkan apa yang dirasakan sehingga membantu dalam proses pengobatan dan perdarahan dapat segera dihentikan bila terjadi. Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik clan 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).

Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Pelaksanaan dilalukan mulai tanggal 19-21 Juli 2020, pelaksaan yang dilakukan yaitu menganjurkan pasien untuk dapat berperan serta dalam kegiatan sehari-hari dengan keterbatasan yang dialaminya. Peran serta pasien akan meningkatkan kemandirian dan perasaan akan pengendalian terhadap diri. Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif (ROM) yang disesuaiakan dengan prosedur, meningkatkan kekuatan otot, mencegah kekakuan pada sendi akibat bedrest. Menganjurkan untuk melatih kaki bagian bawah/lutut, stimulasi sirkulasi vena/arus balik vena menurunkan keadaan vena yang statis dan kemungkinan terbentuknya trombus. Menganjurkan pasien untuk belajar mobilisasi secara bertahap sesuai dengan kemampuan, mobilisasi secara bertahap dapat membantu pasien beradaptasi dan memulai aktivitas seperti saat pasien sebelum sakit.

Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan mobilitas fisik

Pelaksanaan dilalukan mulai tanggal 19-21 Juli 2020, pelaksaan yang dilakukan yaitu menjaga privasi pasien untuk meningkatkan harga diri. Memonitor cara hygiene, berpakaian dan berhias setiap hari berikan alat bantu untuk meningkatkan kemandirian. Memberikan bantuan dalam mandi, berpakaian dan berhias. Menganjurkan keluarga untuk mnyediakan pakaian yang mudah untuk dipakai. Mengobservasi kemampuan persepsi dan kognitif pasien setiap hari. Melalui tindakan ini perawat dapat menentukan tindakan yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan pasien. Menurut Keliat (2010), Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien, dengan prinsip ketidaktahuan, ketidakmauan dan ketidakmampuan sesuai kondisi saat ini, selain itu diharapkan klien bisa melakukan mandi secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya, ajarkan klien atau keluarga untuk mendorong kemandirian.

* 1. **Evaluasi**

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung. Evaluasi merupakan tahap terakhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak.

* + - 1. Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi, efek agen farmakologis

Hasil evaluasi keadaan pasien pada tanggal 21 Juli 2020 didapatkan bahwa pasien tidak mengalami perdarahan. Dari pencegahan masalah keperawatan ini, masalah tidak terjadi dan intervensi dihentikan.

* + - 1. Gangguan mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Hasil evaluasi keadaan pasien tanggal 21 Juli 2020 didapatkan bahwa pasien mengatakan tangan kanan sudah bisa dibuat makan perlahan. Dari masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik ini, masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan.
      2. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan mobilitas fisik

Hasil evaluasi keadaan pasien pada tanggal 21 Juli 2020 didapatkan bahwa pasien mengatakan sudah bisa sebagian dalam melakukan ADL. Dari masalah keperawatan Defisit perawatan diri ini, masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien CVA Infark Hiperakut di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

* 1. **Simpulan**

Mengacu pada hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan CVA Infark Hiperakut,maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis CVA Infark Hiperakut di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya, didapatkan pasien mengeluh lemah pada tangan dan kaki kanan. Pasien terlihat belum bisa berjalan dan harus didampingi keluarga yang lain, pasien terlihat hanya tidur di tempat tidur.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan CVA Infark Hiperakut di Ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya yaitu Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi, efek agen farmakologis, Defisit perawatan diri berhubungan gangguan mobilitas fisik.
3. Perencanaan atau intervensi keperawatan yang diberikan pada pasien CVA Infark Hiperakut telah disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama mobilitas fisik tidak terganggu, tidak terjadi perdarahan, ADL mandiri.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan atau implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien CVA Infark Hiperakut di ruang Stroke Unit RS Premier Surabaya untuk menangani masalah keperawatan yaitu membantu ADL pasien, memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga untuk melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif (ROM), menganjurkan pasien untuk belajar mobilisasi secara bertahap sesuai kemampuan, memberi pendidikan kesehatan mengenai pencegahan, tanda dan gejala perdarahan, menganjurkan pasien miring kanan miring kiri, menjaga privasi pasien untuk meningkatkan harga diri.
5. Evaluasi pada masalah gangguan mobilitas fisik didapatkan bahwa pasien sudah mampu berjalan sendiri dan masalah sudah teratasi. Pada masalah resiko perdarahan pada pasien tidak terjadi perdarahan. Sedangkan pada masalah defisit perawatan diri didapatkan masalah teratasi, pasien sudah mandi sendiri.
   1. **Saran**

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

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan CVA Infark Hiperakut.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan kepearawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khusunya pengetahuan dalam bidang keperawatan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

**DAFTAR PUSTAKA**

Bulechek, dkk .2013. Nursing Intervention Classification (NIC). Jakarta : EGC

Corwin, Elizabeth .2000. Patofisiologis. Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Jakarta: EGC

Herdman & Kamitsuru. (2015). Nanda Internation Inc. Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017. Ahli bahsa Budi Anna Keliat. Jakarta

Kementrian Kesehatan RI.2013 . Riset Kesehatan. Jakarta: Kemenkes RI

Kemenkes RI. 2018.Riset Kesehatan. Jakarta: Kemenkes RI 2018

Manjoer .2000. Kapitaselekta kedokteran. Media aesculapius: Jakartas

Mardjono. 2003. Neurologis Klinis Dasar. Dian rakyat: Jakarta

Moorhead, dkk. 2017. Nursing Outcome Classification. Jakarta : Elsevier.

Nanda International.2017. Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi Edisi 10. Jakarta: EGC.

Nugroho. 2011. Asuhaan keperawatan penyakit dalam dan bedah. Nuha medika : yokyakarta.

Smeltzer C. Suzanne, Brunner & Suddarth. (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: EGC

Taylor, Cynthia M. (2013). Diagnnosa Keperawatan dan asuhan keperawatan. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Wijaya & Putri.2013. Keperawatan Medikal Bedah. Yogyakarta : Nuha Medika

**Lampiran 1**

**CURICULUM VITAE**

Nama : Nurhayati Br T.

Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 26 Januari 1989

Alamat : Jl Sidomulyo IIB no 6

Agama : Kristen Protestan

No. Hp : 081332478003

Email : nurhayati\_brt@yahoo.co.id

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 139 Surabaya Lulus Tahun 2001

2. SLTP Negeri 9 Surabaya Lulus Tahun 2004

3. SMA Negeri 2 Surabaya Lulus Tahun 2007

4. AKPER Adi Husada Surabaya Lulus Tahun 2010

***Lampiran 2***

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

**MOTTO**

“tetaplah berbuat baik apapun keadaannya”

**PERSEMBAHAN**

* + - 1. Kedua orang tua dan keluargaku yang telah memberikan dukungan dan doa yang senantiasa menjadi penyemangat.
      2. Teman-teman sealmamater, terima kasih atas bimbingan dan dukungan selama ini