

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA TN. S DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS CVA *BLEEDING* + IVH DI RUANG  
ICU CENTRAL RSPAL Dr. RAMELAN  
SURABAYA**



**Oleh:**

**Nanda Devi Kusumaningrum, S.Kep**  
**NIM 193.0058**

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

**2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA TN. S DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS CVA *BLEEDING* + IVH DI RUANG  
ICU CENTRAL RSPAL Dr. RAMELAN  
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat  
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



**Oleh:**

**Nanda Devi Kusumaningrum, S.Kep**  
**NIM 193.0058**

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

**2020**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

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

Surabaya, 24 Juli 2020  
Penulis



**Nanda Devi Kusumanningrum, S.Kep**  
**NIM. 193.0058**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Nanda Devi Kusumaningrum, S.Kep  
NIM : 1930058  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Kritis Pada Tn. S dengan Diagnosa  
Medis CVA *Bleeding* + IVH di Ruang ICU Central RSPAL  
Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa Karya Ilmiah Akhir ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns)**

**Surabaya, 24 Juli 2020**

**Pembimbing**



**Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep**  
**NIP. 03001**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 24 Juli 2020

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Nanda Devi Kusumaningrum, S.Kep  
NIM : 1930058  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Kritis Pada Tn. S dengan Diagnosa  
Medis CVA *Bleeding* + IVH di Ruang ICU Central RSPAL  
Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang  
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar “NERS (NS)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners  
Stikes Hang Tuah Surabaya.

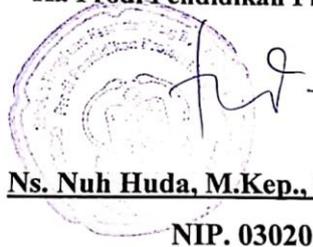
**Penguji I : Nisha Dharmayanti R., S.Kep., Ns., M.Si**  
**NIP. 03045**



**Penguji II : Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep**  
**NIP. 03001**



Mengetahui,  
STIKES Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners



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

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 24 Juli 2020

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat 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 program Pendidikan Profesi Ners.

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

1. Laksamana Pertama TNI Dr. Radito Soesanto, Sp. THT-KL, Sp. KL selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktek untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Ibu Wiwiek Lestyningrum, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

5. Ibu Nisha Dharmayanti R, S.Kep., Ns., M.Si selaku Penguji yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Pembimbing yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
8. Teman-teman sealmamater profesi ners A10 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya tulis ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, 24 Juli 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
SURAT PERNYATAAN .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR TABEL .....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN .....	xi

### BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1 Tujuan umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat penulisan .....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	5
1.4.2 Manfaat Praktis .....	5
1.5 Metode Penulisan .....	6
1.5.1 Metode .....	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	6
1.5.3 Sumber Data .....	7
1.5.4 Studi Kepustakaan .....	7
1.5.5 Sistematika Penulisan .....	7

### BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit .....	9
2.1.1 Definisi CVA .....	9
2.1.2 Etiologi CVA <i>Bleeding</i> .....	9
2.1.3 Anatomi Fisiologi Otak .....	11
2.1.4 Klasifikasi CVA .....	16
2.1.5 Manifestasi Klinis CVA <i>Bleeding</i> .....	17
2.1.6 Faktor Terjadinya CVA .....	19
2.1.7 Patofisiologi CVA <i>Bleeding</i> .....	20
2.1.8 WOC CVA <i>Bleeding</i> .....	22
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang .....	23
2.1.10 Penatalaksanaan .....	24
2.1.11 Komplikasi .....	26
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	26
2.2.1 Pengkajian .....	26
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	34
2.2.3 Intervensi Keperawatan .....	35
2.2.4 Implementasi Keperawatan .....	38
2.2.5 Evaluasi .....	38

### **BAB 3 TINJAUAN KASUS**

3.1	Pengkajian .....	39
3.1.1	Data Umum .....	39
3.1.2	Riwayat Sakit dan Kesehatan .....	39
3.1.3	Pemeriksaan Fisik .....	41
3.1.4	Pemeriksaan Penunjang .....	43
3.1.5	Lembar Pemberian Terapi Medis .....	44
3.1.6	Lembar Observasi .....	46
3.2	Diagnosa Keperawatan .....	47
3.2.1	Analisa Data .....	48
3.2.2	Prioritas Masalah .....	49
3.3	Rencana Keperawatan .....	50
3.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .....	54

### **BAB 4 PEMBAHASAN**

4.1	Pengkajian .....	65
4.1.1	Riwayat Kesehatan .....	66
4.1.2	Pemeriksaan Persistem .....	69
4.2	Diagnosa Keperawatan .....	74
4.3	Perencanaan Keperawatan .....	78
4.4	Pelaksanaan Keperawatan .....	81
4.5	Evaluasi Keperawatan .....	84

### **BAB 5 PENUTUP**

5.1	Simpulan .....	87
5.2	Saran .....	88
5.2.1	Bagi Rumah Sakit .....	88
5.2.2	Bagi Institusi Pendidikan .....	89
5.2.3	Bagi Perawat .....	89
5.2.4	Bagi Penulis Selanjutnya.....	89

<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>90</b>
-----------------------------	-----------

<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>93</b>
-----------------------	-----------

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Intervensi Keperawatan CVA <i>Bleeding</i> .....	35
Tabel 3.1	Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tn.S.....	44
Tabel 3.2	Terapi Pada Tn.S .....	44
Tabel 3.3	Lembar Observasi Tn.S .....	46
Tabel 3.4	Analisa Data Asuhan Keperawatan Pada Tn.S .....	47
Tabel 3.5	Prioritas Masalah Pada Tn. S .....	49
Tabel 3.6	Rencana Keperawatan Pada Tn.S .....	50
Tabel 3.7	Implementasi dan Evaluasi Pada Tn. S .....	54

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Bagian-bagian Otak .....	12
Gambar 2.2	Lapisan Selaput Otak .....	15

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	<i>Curriculum Vitae</i> .....	93
Lampiran 2	Motto dan Persembahan.....	94

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Menurut *World Health Organization (WHO)* stroke adalah manifestasi klinik dari gangguan fungsi serebral, baik fokal maupun global, yang berlangsung dengan cepat dan lebih dari 24 jam atau berakhir dengan kematian tanpa ditemukannya penyakit selain daripada ganggvan vaskular. Berdasar kelainannya stroke dibagi menjadi 2 jenis, yakni stroke hemoragik dan stroke non-hemoragik. Stroke hemoragik (CVA Bleeding) diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak, sedangkan stroke non-hemoragik disebabkan oleh oklusi pembuluh darah otak yang kemudian menyebabkan terhentinya pasokan oksigen dan glukosa ke otak (Qurbany & Wibowo, 2016). Pada keadaan tersebut dapat menyebabkan berbagai masalah diantaranya penurunan kesadaran dan kelemahan otot. Dalam asuhan keperawatan dapat muncul berbagai masalah keperawatan seperti resiko penurunan perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, dan resiko gangguan integritas kulit/ jaringan karena imobilisasi pasien.

CVA *bledding* merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subarachnoid. disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadarn pasien umumnya menurun (Andra, 2013). Stroke yang disebabkan oleh perdarahan intraserebrum biasanya timbul setelah beraktivitas fisik, sehingga kejadiannya sering di saksikan oleh orang lain (Satyanegara, 2010). Biasanya pendarahan dibagian dalam otak menyebabkan

deficit neurologi fokal yang cepat dan memburuk secara progresif dalam beberapa menit sampai kurang 2 jam (Price, 2013).

Stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga di USA dan kedua di dunia. Setiap tahun di Amerika Serikat, sekitar 795.000 orang mengalami stroke yang baru atau berulang. WHO memprediksi bahwa kematian akibat stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker kurang lebih 6 juta pada tahun 2010 menjadi 8 juta di tahun 2030 (Powers et al., 2018).

Menurut Yayasan Stroke Indonesia (YASTROKI) (2012), jumlah penderita stroke di Indonesia terbanyak dan menduduki urutan pertama di Asia. Stroke juga merupakan penyebab kecacatan serius menetap nomor 1 di seluruh dunia. Hasil riset data Kementerian Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembangan (2018) menemukan prevalensi stroke di Indonesia sebesar 10,9 % per 1.000 penduduk. Angka tersebut naik sebesar 7 % dibandingkan Rikesda tahun 2013.

Pada CVA *Bleeding* beberapa masalah keperawatan bisa muncul ketika adanya tekanan darah yang tinggi pembuluh darah pecah yang akan mengakibatkan hematoma dan menekan jaringan otak dan menimbulkan oedema pada otak, hematoma tersebut mengganggu suplai oksigen dalam otak sehingga menimbulkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif, dari suplai oksigen yang kurang akhirnya akan mengganggu kerja dari syaraf otak yang mengendalikan gerak motorik pasien sehingga pasien mengalami penurunan kemampuan dalam bergerak dan munculah masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Hal ini menunjukkan pasien mengalami penurunan dalam kemampuannya bergerak ataupun mobilisasi. Mobilisasi dalam waktu lama akan menimbulkan penekanan yang berlenih pada

daerah yang paling berat, suhu sekitar akhirnya meningkat terjadi gesekan dan akan terjadi resiko gangguan integritas kulit/ jaringan.

Perubahan gaya hidup, pola makan terlalu banyak gula, garam, dan lemak; serta kurang beraktivitas adalah faktor risiko stroke. Banyak faktor yang menyebabkan penyakit stroke. Faktor-faktor tersebut meliputi faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor risiko yang dapat diubah. Faktor risiko yang dapat diubah meliputi usia, jenis kelamin, ras dan genetik. Sedangkan faktor risiko yang dapat diubah diantaranya adalah hipertensi, merokok, obesitas, diabetes mellitus, tidak menjalankan perilaku hidup sehat, tidak melakukan medical check up secara rutin dan mengonsumsi makanan banyak mengandung garam. Dari pola hidup yang tidak sehat tersebut bisa berpengaruh pada viskositas pembuluh darah. Pembuluh darah di otak yang tidak elastis tadi menyebabkan gampang mengalami rupture atau pecah. Pecahnya pembuluh darah otak terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak. Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subarakhnoid mengakibatkan terjadinya peningkatan TIK yang mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering pula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya.

Peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan perdarahan subialoid pada retina dan penurunan kesadaran dan refleks neurologis terganggu (Nastiti, 2012). Beberapa masalah keperawatan yang timbul pada pasien stroke antara lain penurunan kapasitas adaptif intrakranial, resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan menelan, gangguan komunikasi verbal, resiko aspirasi dan defisit perawatan diri (PPNI, 2016).

Pada penyakit CVA *Bleeding* dapat di cegah dengan pola hidup sehat seperti makan makanan yang bergizi seperti sayur, buah dan ikan dengan olahraga yang teratur, dan tidak merokok, hindari penggunaan obat-obat tertentu seperti aspirin dan obat antiplatelet. Pada seseorang yang sudah mengalami stroke dapat mengalami stroke berulang agar tidak terjadi stroke berulang cek rutin kesehatan dirumah sakit terdekat atau di puskesmas dan menjaga pola hidup sehat. Untuk mengatasi masalah tersebut diharapkan perawat memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang memadai serta *Care Giver* dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia terutama mengenai CVA *Bleeding*, dan memberikan *health education* tentang CVA dengan demikian penderita dan keluarga mengetahui penyakitnya dan mampu merawat pasien untuk meningkatkan kualitas hidup, dilakukan tindakan sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul serta meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga pasien tentang faktor resiko stroke bisa dicegah.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut perawatan pada pasien dengan CVA *Bleeding* maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Stroke/CVA *Bleeding* dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan Stroke/CVA *Bleeding* di Ruang ICU ?”

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA *Bleeding* di ruang ICU.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji pasien dengan diagnosa medis *CVA Bleeding* di Ruang ICU
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *CVA Bleeding* di Ruang ICU
3. Merencanakan asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan diagnosa medis *CVA Bleeding* di Ruang ICU
4. Melaksanakan asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan diagnosa medis *CVA Bleeding* di Ruang ICU
5. Mengevaluasi pasien dengan diagnosa medis *CVA Bleeding* di Ruang ICU
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan diagnosa medis *CVA Bleeding* di Ruang ICU

## **1.4 Manfaat Penulisan**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil studi kasus ini diharapkan akan berguna bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan diagnosa medis *CVA Bledding*.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan kesehatan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan diagnosa medis *CVA Bleeding* dengan baik.

2. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan Karya Ilmiah Akhir pada asuhan keperawatan

pada pasien dengan diagnosa medis *CVA Bleeding*

### 3. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *CVA Bleeding*

### 4. Bagi keluarga dan pasien

Karya Ilmiah Akhir ini sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang penyakit *CVA Bleeding* sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis. Selain itu agar keluarga mengerti tanda-tanda penyakit serta dapat mengurangi terjadinya penyakit tersebut.

## **1.5 Metode Penulisan**

### **1.5.1 Metode**

Metode yang digunakan dalam Karya Ilmiah Akhir ini adalah deskriptif, dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *CVA Bleeding* melalui pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan hingga evaluasi.

### **1.5.2 Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data dalam karya tulis ini dengan menganalisa lebih lanjut kasus yang sudah pernah dikerjakan oleh orang lain. Hal ini dikarenakan dampak Covid-19 yang tidak memperbolehkan mahasiswa berada di layanan kesehatan untuk lahan praktek khususnya Ruang ICU rumah sakit.

### **1.5.3 Sumber Data**

Dalam penyusunan karya tulis ini penulis menggunakan data sekunder yakni dari data kasus yang sudah ada dan tidak berkesempatan untuk mengkaji langsung ke pasien.

### **1.5.4 Studi Kepustakaan**

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku, jurnal, e-book, serta beberapa sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas oleh penulis. Penulis mempelajari beberapa buku yang berhubungan dengan diagnosis medis CVA *Bleeding*.

### **1.5.5 Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami Karya Ilmiah Akhir ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian yaitu:

1. Bagian awal

Memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar.

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

BAB 1 : Pendahuluan, berisis tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan Karya Ilmiah Akhir

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang kosep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis CVA *Bleeding*, serta kerangka masalah.

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

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan serta menganalisa sesuai dengan penelitian/literatur yang sesuai.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

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

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

#### **2.1 Konsep Penyakit**

##### **2.1.1 Definisi CVA**

Stroke atau *Cerebral Vantrikular Accident (CVA)* adalah setiap kelainan otak akibat proses patologi pada sistem pembuluh darah otak, sehingga terjadi penurunan aliran darah ke otak (Julianti, 2015). Stroke atau *Cerebral Vantrikular Accident (CVA)* adalah manifestasi klinik dari gangguan fungsi serebral, baik fokal maupun global yang berlangsung cepat dan lebih dari 24 jam atau berakhir dengan kematian tanpa ditemukannya penyakit selain daripada gangguan vaskular (Qurbany & Wibowo, 2016).

*Cerebral Vantrikular Accident (CVA) Bleeding* atau *Stroke Hemoragik* adalah penyakit gangguan fungsional otak akut fokal maupun global yang disebabkan oleh perdarahan suatu arteri serebralis. Darah yang keluar dari pembuluh darah dapat masuk ke dalam jaringan otak, sehingga terjadi hematoma (Usrin, Mutiara, & Yusad, 2011).

##### **2.1.2 Etiologi CVA Bleeding**

Penyebab stroke hemoragik atau *CVA Bleeding* dijelaskan sebagai

berikut:

1. Perdarahan (Hemoragik)

Perdarahan intraserebral paling banyak disebabkan karena adanya ruptur aterosklerosis dan hipertensi pembuluh darah yang bisa menyebabkan perdarahan didalam jaringan otak. Perdarahan intraserebral paling sering terjadi akibat dari penyakit hipertensi umumnya terjadi setelah usia 50 tahun.

Beberapa macam perdarahan (hemoragik) antara lain :

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

sakit kepala berat. Bila hemoragi membesar makin jelas defisit neurologi yang terjadi dalam bentuk penurunan kesadaran dan abnormalitas pada tanda vital.

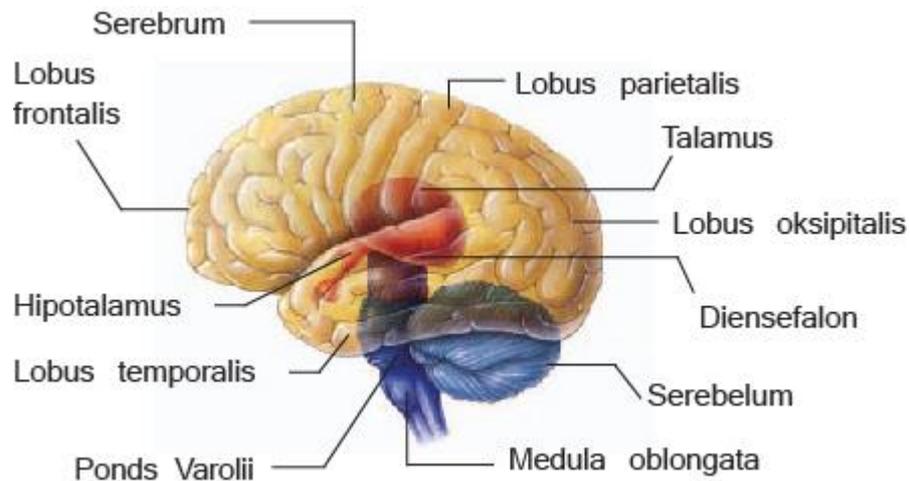
## 2. Aneurisma

Akibat lain dari perdarahan adalah aneurisma. Walaupun aneurisma serebral biasanya kecil, hal ini bisa menyebabkan ruptur. Diperkirakan sekitar 6% dari seluruh stroke disebabkan oleh ruptur aneurisma. Stroke disebabkan oleh perdarahan seringkali menyebabkan spasme pembuluh darah serebral dan iskemik pada serebral, karena darah yang berada di luar pembuluh darah membuat iritasi pada jaringan. Stroke hemoragik biasanya menyebabkan terjadi kehilangan banyak fungsi dan penyembuhannya yang lambat dibandingkan dengan stroke yang lain (Joyce&Jane, 2014).

### 2.1.3 Anatomi Fisiologi Otak

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

pembesaran otak awal, yaitu otak depan, otak tengah dan otak belakang (Setiadi, 2016).



**Gambar 2.1.** Bagian-bagian otak

Otak terdiri dari beberapa bagian antara lain (Nurachmah & Angriani, 2011):

1. Serebrum

Merupakan bagian terbesar otak. Bagian superfisial serebrum terdiri atas badan sel sara atau substansi grisea yang membentuk korteks serebri dan lapisan dalam atau serat saraf atau substansi albikan. Fungsi korteks serebri berkaitan dengan 3 aktivitas sebagai berikut :

- a. Aktivitas mental seperti memori, intelegensia, berpikir, rasionalisasi, rasa tanggung jawab, moral serta belajar.
- b. Persepsi sensori seperti dalam menjalankan fungsi panca indera
- c. Inisiasi dan kontrol kontraksi otot rangka (volunter)

Serebrum di bagi dalam 4 lobus yaitu (Setiadi, 2016)

- a. Lobus frontalis, menstimulasi pergerakan otot yang bertanggung jawab untuk proses berfikir, pusat fungsi intelektual yang lebih tinggi seperti kemampuan berpikir abstrak dan nalar motoric bicara, pusat penghirup,

pusat pengontrolan gerakan volunteer di gyrus presentralis (area motoric primer).

- b. Lobus Parietalis merupakan area sensoris dari otak yang merupakan sensasi perabaan, tekanan, dan sedikit menerima perubahan temperatur
- c. Lobus Occipitalis mengandung area visual yang menerima sensasi dari mata, berfungsi sebagai menginterpretasikan dan memproses rangsang penglihatan dari nervus optikus
- d. Lobus temporalis, mengandung area auditori yang menerima sensasi dari telinga dan berperan dalam pembentukan dan perkembangan emosi.

Terdapat beberapa tipe area fungsional korteks serebri/ area khusus otak

besar yaitu sebagai berikut :

- 1) Area motorik
  - a) Area motorik primer berada di lobus frontal anterior dari sulkus lateral
  - b) Area broca berada di lobus frontal tepat di atas sulkus lateral
- 2) Area sensoris
  - a) Area somatosensoris berada pada belakang sulkus sentral
  - b) Area auditorius terletak di bawah sulkus lateral lobus temporal
  - c) Area olfaktorius berada dalam lobus temporal
  - d) Area pengecapan terletak tepat di atas sulkus lateral
  - e) Area visual berada di belakang sulkus parietookspital
- 3) Area asosiasi
  - a) Area asosiasi
  - b) Area premotorik
  - c) Area prefrontal

- d) Area wernicke
- e) Area periooksipitaltemporal
- 4) Area lain seperti basal ganglia dan talamus
- 5) Hipotalamus

Tiap hemisfer serebrum dibagi menjadi lobus frontal, parietal, temporal, dan oksipitalis. Batas antar lobus ditandai oleh suatu sulkus.

## 2. Batang otak

Bagian dari batang otak antara lain :

- a. Pons
- b. Medula oblongata
- c. Formasi retikular

## 3. Serebelum

Serebelum berada di belakang pons dan di bawah bagian posterior serebrum yang ditempati foss kranial posterior. Serebelum berfungsi dalam koordinasi gerakan otot volunter, postur, dan keseimbangan.

Otak dilindungi oleh beberapa bagian yaitu kulit kepala, rambut, tulang tengkorak dan kolumna vertebral dan meningeal (selaput otak) lapisan meningeal terdiri dari durameter, lapisan araknoid, cairan dan piameter (Nurachmah & Angriani, 2011)

### 1. Durameter

Durameter terdiri atas 2 lapis jaringan fibrosa padat. Durameter merupakan lapisan terluar yang padat dan keras berasal dari jaringan ikat tebal dan kuat. Di antara durameter dan selaput araknoid terdapat ruang yang disebut subdura. Durameter spinal membentuk selubung longgar di sekitar medula

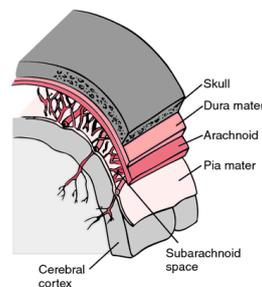
spinalis, memanjang dari foramen megnum ke vertebra sakral kedua. Selanjutnya selubung ini membungkus *filum terminal* dan bergabung dengan periosteum koksigis. Selubung ini merupakan perpanjangan lapisan terdalam durameter serebral dan terpisah dari periosteum vertebra dan ligamen dalam kanul neuron oleh epidural aatau ruang ekstradural, yang mengandung pembuluh darah dan jaringan ikat.

## 2. Lapisan araknoid

Araknoid merupakan lapisan fibrosa yang teletak antara dura dan piameter. Antara dura dan araknoid dipisahkan oleh ruang subdura, sedangkan araknoid dan piameter dipisahkan oleh subaraknoid yang mengandung cairan serebrospinal. Cairan serebrospinal dibentuk dari kombinasi filtrasi kapiler dan sekresi aktif dari epitel. Cairan serebrospinal hampir menyerupai ultrafiltrat dari plasma darah tapi berisi konsentrasi Na, K, bikarbonat, cairan, glukosa yang lebih kecil dan klorida yang lebih tinggi dengan PH cairan serebrospinal lebih rendah dari darah.

## 3. Piameter

Merupakan lapisan tipis jaringan ikat yang mengandung banyak pembuluh darah. Piameter melekat pada otak dan berlanjut menyelubungi medula spinalis.



**Gambar 2.2.** Lapisan Selaput Otak

#### 2.1.4 Klasifikasi CVA

Gangguan peredaran otak atau stroke dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu non hemoragi/iskemi/infark dan stroke hemoragik (Ariani, 2012) :

##### 2. Non-hemoragi/iskemi/infark

Serangan iskemi sepiintas (*Transient Ischemic Attack-TIA*). TIA merupakan tampilan peristiwa berupa episode-episode serangan sesaat dari suatu disfungsi serebral fokal akibat gangguan vaskular, dengan lama serangan sekitar 2-15 menit sampai paling lama 24 jam.

- a. Defisit Neurologis Iskemik Sepintas (*Reversibel Ischemic Neurology Deficit-RIND*). Tanda dan gejala gangguan neurologis yang berlangsung lebih lama dari 24 jam dan kemudian pulih kembali (dalam jangka waktu kurang dari 3 minggu)
- b. *In Evolutional atau Progressing Stroke*, gejala gangguan neurologis yang progresif dalam waktu 6 jam atau lebih.
- c. *Stroke komplet (Completed Stroke /Permanent Stroke)*. Gejala dan gangguan neurologis dengan lesi-lesi yang stabil selama periode waktu 18- 24 jam, tanpa adanya progresivitas lanjut.

##### 3. Stroke Hemoragi (*Bleeding*)

Perdarahan intrakranial dibedakan berdasarkan tempat perdarahannya, yakni di rongga subaraknoid atau didalam parenkim otak (intraserebral). Ada juga perdarahan yang terjadi bersamaan pada kedua tempat diatas seperti: perdarahan subaraknoid yang bocor ke dalam otak atau sebaliknya. Selanjutnya gangguan-

gangguan arteri yang menimbulkan perdarahan otak spontan dibedakan lagi berdasarkan ukuran dan lokasi (Ariani, 2012).

Lokasi perdarahan pada stroke hemoragik umumnya terjadi pada basal ganglia, thalamus, pons dan serebelum. Perdarahan di basal ganglia, berasal dari arteri ascending lenticulostriate, cabang middle cerebral artery. Perdarahan di thalamus berasal dari arteri ascending thalamogeniculate, cabang posterior cerebral artery. Perdarahan di pons berasal dari arteri paramedian, cabang arteri basilaris. Perdarahan di serebelum berasal dari arteri posterior inferior serebri atau arteri anterior inferior serebri atau arteri serebralis superior (Mangastuti, Oetoro, & Sudadi, 2014).

#### **2.1.5 Manifestasi Klinis CVA Bleeding**

Stroke menyebabkan defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area perfusinya tidak adekuat dan jumlah aliran darah kolateral. Stroke akan meninggalkan gejala sisa karena fungsi otak tidak akan membaik sepenuhnya (Muttaqin, 2012). Tanda dan gejala yang terjadi pada pasien dengan *CVA Bleeding* diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Hemiparesis atau hemiplegia).
2. Lumpuh pada salah satu sisi wajah "*Bell's Palsy*"
3. Tonus otot lemah atau kaku.
4. Menurun atau hilangnya rasa.
5. Gangguan lapang pandang "*Homonimus ahaemianopsia*".
6. Gangguan bahasa (Disatria: kesulitan dalam membentuk kata).
7. Gangguan persepsi.
8. Gangguan status mental.

Sedangkan, kemungkinan kecacatan yang berkaitan dengan stroke antara lain adalah :

1. Daerah serebri media
  - a. Hemiplegi kontralateral, sering disertai hemianastesi.
  - b. Hemianopsi homonim kontraletal.
  - c. Afasia bila mengenai hemisfer dominan.
  - d. Apraksia bila mengenai hemisfer nondominan.
2. Daerah Karotis interna
  - a. Hemiplegi kontralateral, sering disertai hemianastesi.
  - b. Hemianopsi homonim kontraletal.
  - c. Afasia bila mengenai hemisfer dominan.
  - d. Apraksia bila mengenai hemisfer nondominan
3. Daerah Serebri anterior
  - a. Hemiplegi kontralateral terutama di tungkai.
  - b. Incontinensia urine.
  - c. Afasia atau apraksia tergantung hemisfer mana yang terkena.
4. Daerah Posterior
  - a. Hemianopsi homonim kontralateral mungkin tanpa mengenai daerah makula karena daerah ini juga diperdarahi oleh serebri media.
  - b. Nyeri talamik spontan
  - c. Hemibalisme
  - d. Aleksi bila mengenai hemisfer dominan.
5. Daerah Vertebasiler
  - a. Sering fatal karena mengenai juga pusat-pusat vital di batang otak.

- b. Hemiplegi alternans atau tetraplegi.
- c. Kelumpuhan pseudobulbar (disartri, disfagi, emosi labil)

### **2.1.6 Faktor Terjadinya CVA**

Mansjoer dalam Safithri (2014) menyatakan terdapat 2 faktor resiko yang menyebabkan seseorang bisa terkena stroke diantaranya :

#### **1. Faktor resiko yang tidak dapat diubah**

Faktor risiko stroke yang tidak dapat dirubah adalah usia, jenis kelamin, ras, riwayat keluarga, dan riwayat keluarga sebelumnya. Semakin tua usia seseorang akan semakin mudah terkena stroke. Pada 70% kasus stroke dapat terjadi pada usia diatas 45-80 tahun dan laki-laki lebih mudah terkena stroke. Hal ini dikarenakan lebih tinggi angka kejadian faktor resiko stroke (hipertensi) pada laki-laki. Resiko stroke meningkat pada seseorang dengan riwayat keluarga stroke. Sedangkan seseorang dengan riwayat keluarga stroke lebih cenderung menderita diabetes dan hipertensi. Hal tersebut mendukung hipotesis bahwa peningkatan kejadian stroke pada keluarga penyandang stroke adalah akibat diturunnya faktor resiko stroke. Kejadian stroke pada ras kulit berwarna lebih tinggi dari kaukosid.

#### **2. Faktor resiko yang dapat diubah**

Faktor resiko stroke yang dapat diubah ini penting untuk dikenali. Penanganan berbagai faktor resiko ini merupakan upaya untuk mencegah stroke. Faktor resiko stroke yang utama adalah hipertensi, diabetes dan merokok. Hipertensi apabila seseorang mengalami tekanan darah lebih dari 130/85 atau 140/90 mmHg pada individu yang mengalami gagal jantung, dan diabetes melitus. Hipertensi kronis yang tidak terkontrol dapat memacu mikroangiopati selain itu juga dapat memacu timbulnya plak. Plak yang tidak stabil akan terlepas dan

berakibat tersumbatnya pembuluh darah di otak atau bisa disebut dengan stroke. Sedangkan, diabetes melitus merupakan salah satu faktor resiko stroke iskemik yang utama, diabetes akan meningkatkan resiko stroke dua kali lipat (Joyce & Jane, 2014).

### **2.1.7 Patofisiologi CVA Bleeding**

Menurut Nastiti (2012), patofisiologi terjadinya stroke sebagai berikut :

#### **1. Perdarahan intra cerebral**

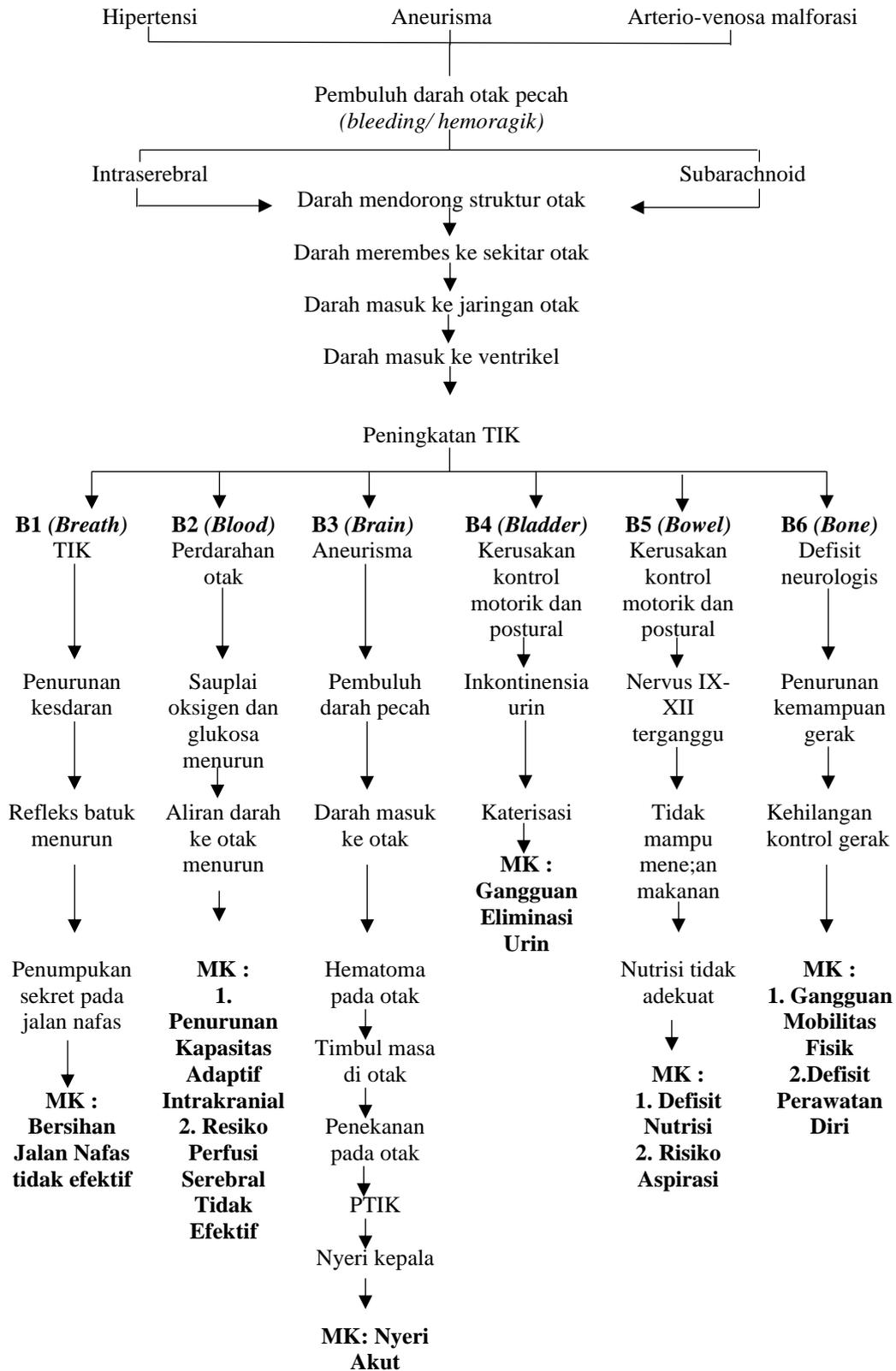
Pecahnya pembuluh darah otak terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa atau hematoma yang menekan jaringan otak dan menimbulkan oedema di sekitar otak. Peningkatan TIK yang terjadi dengan cepat dapat mengakibatkan kematian yang mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intra cerebral sering dijumpai di daerah putamen, talamus, sub kortikal, nukleus kaudatus, pons, dan cerebellum. Hipertensi kronis mengakibatkan perubahan struktur dinding pembuluh darah berupa lipohyalinosis atau nekrosis fibrinoid.

#### **2. Perdarahan Subarachnoid (SAH)**

Pecahnya pembuluh darah karena aneurisma atau AVM. Aneurisma paling sering didapat pada percabangan pembuluh darah besar di sirkulasi willisi. AVM dapat dijumpai pada jaringan otak dipermukaan pia meter dan ventrikel otak, ataupun didalam Ventrikel otak dan ruang subarakhnoid. Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subarakhnoid mengakibatkan terjadinya peningkatan TIK yang mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering pula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan perdarahan

subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Perdarahan subarakhnoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral. Vasospasme ini seringkali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya hari ke 5-9, dan dapat menghilang setelah minggu ke 2-5. Timbulnya vasospasme diduga karena interaksi antara bahan-bahan yang berasal dari darah dan dilepaskan kedalam cairan serebro spinalis dengan pembuluh arteri di ruang subarakhnoid. Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemi sensorik, afasia dan lain-lain). Otak dapat berfungsi jika kebutuhan  $O_2$  dan glukosa otak dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan didalam sel saraf hampir seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak punya cadangan  $O_2$  jadi kerusakan, kekurangan aliran darah otak walau sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi. Demikian pula dengan kebutuhan glukosa sebagai bahan bakar metabolisme otak, tidak boleh kurang dari 20% mg karena akan menimbulkan koma. Kebutuhan glukosa sebanyak 25% dari seluruh kebutuhan glukosa tubuh, sehingga bila kadar glukosa plasma turun sampai 70% akan terjadi gejala disfungsi serebral. Pada saat otak hipoksia, tubuh berusaha memenuhi  $O_2$  melalui proses metabolik anaerob, yang dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah otak.

### 2.1.8 WOC (Web Of Caution) CVA Bleeding (Nastiti, 2012), (Hariyono, 2010)



### 2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Angiografi cerebral

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

#### 2. Lumbal pungsi

Pada pemeriksaan lumbal pungsi untuk pemeriksaan diagnostik, diperiksa kimia sitologi, mikrobiologi, dan virologi. Disamping itu, dilihat pula tetesan cairan serebrospinal saat keluar baik kecepatannya, kejernihannya, warna dan tekanan yang menggambarkan proses terjadi di intaspinal. Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intrakranial (Ariani, 2012).

#### 3. CT-Scan

Penindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.

#### 4. MRI (*Magnetic Imaging Resonance*)

Menggunakan gelombang megnetik untuk menentukan posisi dan besar terjadinya perdarahan otak. Menunjukkan darah yang mengalami hemoragi, maupun *Malformasi Arterior Vena (MAV)*. Hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

#### 5. *EEG (Electro Encephalo Grafi)*

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan

dampak dari jaringan yang infrak sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak. Pemeriksaan EEG juga berfungsi untuk mengidentifikasi masalah berdasarkan gelombang otak, menunjukkan area lokasi secara spesifik (Ariani, 2012)

6. EKG (Elektrokardiogram)

Untuk mengetahui keadaan jantung dimana jantung berperan dalam suplai darah ke otak (Ariani, 2012)

7. Pemeriksaan Darah

Untuk mengetahui keadaan darah, kekentalan darah, jumlah sel darah, penggumpalan trombosit yang abnormal, dan mekanisme pembekuan darah (Ariani, 2012)

8. Ultrasonografi Dopler

Ultrasonografi dopler dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyakit MAV menurut (Ariani, 2012), pemeriksaan sinar X kepala dapat menunjukkan perubahan pada galdula pineal pada sisi yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi parsial pada dinding aneurisme pada perdarahan subaraknoid.

### **2.1.10 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan untuk stroke hemoragik, antara lain:

1. Menurunkan kerusakan iskemik cerebral

Infark cerebral terdapat kehilangan secara mantap inti central jaringan otak, sekitar daerah itu mungkin ada jaringan yang masih bisa diselamatkan, tindakan awal difokuskan untuk menyelamatkan sebanyak mungkin area iskemik dengan

memberikan O<sub>2</sub>, glukosa dan aliran darah yang adekuat dengan mengontrol/memperbaiki disritmia (irama dan frekuensi) serta tekanan darah.

## 2. Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK

Dengan meninggikan kepala 15-30° menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan. Hasil penelitian dari Schneider dalam Supadi (2011) menyatakan bahwa salah satu penatalaksanaan penurunan peningkatan intra kranial adalah dengan mengatur posisi kepala elevasi 15-30° untuk meningkatkan venous drainage dari cerebral ke jantung. Elevasi kepala 15-30° aman sepanjang tekanan perfusi serebral dipertahankan lebih dari 70 mmHg dengan melihat indikator MAP (Mean Arterial Pressure). Disamping itu tindakan elevasi kepala 15-30° tersebut juga diharapkan venous return (aliran balik) ke jantung berjalan lebih optimal sehingga dapat mengurangi edema intaserebral karena perdarahan.

## 3. Pengobatan

- a. Anti koagulan : Heparin untuk menurunkan kecenderungan perdarahan pada fase akut.
- b. Obat anti trombotik : Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik/ embolik
- c. Diuretika : untuk menurunkan edema serebra

## 4. Penatalaksanaan Pembedahan

Endarterektomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak. Penderita yang menjalani tindakan ini seringkali juga menderita beberapa penyakit seperti hipertensi, diabetes dan penyakit kardiovaskular yang luas. Tindakan ini dilakukan dengan anestesi umum sehingga saluran pernafasan dan kontrol ventilasi yang baik dapat dipertahankan.

### **2.1.11 Komplikasi**

Stroke Hemoragic dapat menyebabkan :

1. Infark serebri.
2. Hidrosephalus yang sebagian kecil menjadi hidrosephalus normotensif.
3. Fistula caroticocavernosum.
4. Epistaksis.
5. Peningkatan TIK, tonus otot abnormal.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan untuk mengenal masalah pasien, agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, pengelompokan data dan merumuskan tindakan keperawatan (Tarwoto, 2013).

Tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Data yang di kumpulkan dalam pengkajian ini meliputi bio-psiko-spiritual. Dalam proses pengkajian ada dua tahap yang perlu di lalui yaitu pengumpulan data dan analisa data.

#### **1. *Primary Survey***

##### **a. *Airway***

Tindakan pertama kali yang harus dilakukan yaitu memeriksa responsivitas pasien dengan mengajak pasien berbicara untuk memastikan ada atau tidaknya

sumbatan jalan nafas. Seorang pasien yang dapat berbicara dengan jelas maka jalan nafas pasien terbuka (Thygerson, 2011). Bagi pasien yang dapat berbicara dengan jelas maka jalan nafas pasien terbuka. Pasien yang tidak sadar mungkin memerlukan bantuan *airway* dan ventilasi. Obstruksi jalan nafas paling sering disebabkan oleh obstruksi lidah pada kondisi pasien tidak sadar (Wilkinson & Skinner, 2000). Perlu di perhatikan dalam pengkajian *airway* pada pasien antara lain :

- 1) Kepatenan jalan nafas pasien.
- 2) Tanda-tanda terjadinya obstruksi jalan nafas pada pasien antara lain:
  - a) Adanya snoring atau gurgling
  - b) Agitasi (hipoksia)
  - c) Penggunaan otot bantu pernafasan
  - d) Sianosis
- 3) *Look* dan *listen* bukti adanya masalah pada saluran napas bagian atas dan potensial penyebab obstruksi.
- 4) Jika terjadi obstruksi jalan nafas, maka pastikan jalan nafas pasien terbuka.
- 5) Gunakan berbagai alat bantu untuk mematenkan jalan nafas pasien sesuai indikasi :
  - a) *Chin lift/jaw thrust*
  - b) Lakukan suction (jika tersedia)
  - c) *Oropharyngeal airway/nasopharyngeal airway, Laryngeal Mask Airway*
  - d) Lakukan intubasi.

- e) *Oropharyngeal airway/nasopharyngeal airway, Laryngeal Mask Airway*
- f) Lakukan intubasi.

## **2. Breathing**

Pada kasus stroke mungkin terjadi akibat gangguan di pusat napas (akibat stroke) atau oleh karena komplikasi infeksi di saluran napas. Pedoman konsensus mengharuskan monitoring saturasi O<sub>2</sub> dan mempertahankannya di atas 95% (94-98%). Pada pasien stroke yang mengalami gangguan pengendalian respiratorik atau peningkatan TIK, kadang diperlukan untuk melakukan ventilasi (Wilkinson & Skinner, 2000).

## **3. Circulation**

*Shock* didefinisikan sebagai tidak adekuatnya perfusi organ dan oksigenasi jaringan. Diagnosis shock didasarkan pada temuan klinis: hipotensi, takikardia, takipnea, hipotermia, pucat, ekstremitas dingin, penurunan *Capillary Refill Time*, dan penurunan produksi urin (Wilkinson & Skinner, 2000). Pengkajian *circulation* pada pasien stroke biasanya didapatkan renjatan (syok) hipovolemik, tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan bisa terdapat hipertensi masif dengan tekanan darah >200 mmHg (Muttaqin, 2008).

## **4. Disability**

Tingkat kesadaran pasien dan respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan kesadaran (Muttaqin, 2008). Pada keadaan lanjut, tingkat kesadaran pasien stroke biasanya berkisar pada tingkat *letargi, stupor, dan semikomatosa*. Apabila pasien

sudah mengalami koma, maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran pasien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan.

## **5. Identitas Pasien**

Usia diatas 40 tahun merupakan resiko tinggi terjadinya stroke hal ini sesuai penelitian dari Aisyah dalam penelitiannya menyebutkan bahwa usia diatas 40 tahun beresiko dikarenakan kelainan otak nontraumatik akibat proses patologi pada sistem pembuluh darah otak. Peningkatan frekuensi stroke seiring dengan peningkatan umur berhubungan dengan proses penuaan, dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah otak. Pembuluh darah menjadi tidak elastis terutama bagian endotel yang mengalami penebalan pada bagian intima, sehingga mengakibatkan lumen pembuluh darah semakin sempit dan berdampak pada penurunan aliran darah otak (Sofyan, Sihombing, & Hamra, 2015).

Kemudian jenis kelamin laki-laki lebih tinggi di bandingkan wanita lebih tinggi angka kejadiannya hal ini sesuai dengan penelitian dari Watila (2010) dalam Sofyan et al. (2015) ia menemukan bahwa faktor resiko lah yang berpengaruh dalam kejadian stroke ini seperti kebiasaan merokok dan riwayat mengkonsumsi alkohol, kebiasaan ini lebih dominan ditemukan pada laki-laki daripada perempuan.

## **6. Keluhan Utama**

Keluhan yang di dapatkan adalah penurunan kesadaran gangguan, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan motorik kelemahan anggota gerak setengah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi (Tarwoto, 2013).

## **7. Riwayat Penyakit Sekarang**

Serangan stroke hemoragik sering sekali berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual,

muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpukan atau gangguan fungsi otak yang lain (Tarwoto, 2013).

## **8. Riwayat Penyakit Dahulu**

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama. Penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilator obat-obat adiktif dan kegemukan (Tarwoto, 2013).

## **9. Pemeriksaan Fisik**

### **a. B1 (*Breathing*)**

Pada inspeksi didapatkan pasien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan obat bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Pada pasien dengan tingkat kesadaran kompos mentis, peningkatan inspeksi pernafasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi biasanya akan didapatkan bunyi napas tambahan dikarenakan produksi sputum yang berlebih.

### **b. B2 (*Blood*)**

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada pasien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg) (Tarwoto, 2013).

### **c. B3 (*Brain*)**

Stroke yang menyebabkan berbagai defisit neurologis, tergantung 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 dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (*Brain*) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

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

Membuka mata (*Eyes*) : Membuka mata spontan : 4, Membuka dengan perintah : 3, Membuka mata karena rangsang nyeri : 2, Tidak mampu membuka mata : 1. Kemampuan bicara (*Verbal*) : Orientasi dan pengertian baik : 5, Pembicaraan yang kacau : 4, Pembicaraan tidak pantas dan kasar : 3, Dapat bersuara, merintih : 2, Tidak ada suara : 1. Tanggapan motoric (*Motoric*) : Menanggapi perintah : 6, Reaksi gerakan local terhadap rangsang : 5, Reaksi menghindar terhadap rangsang nyeri : 4, Tanggapan fleksi abnormal : 3, ekstensi : 2, tidak ada respon : 1.

Sementara itu, untuk pemeriksaan kekuatan otot atau *Range Of Motion* (*ROM*) adalah sebagai berikut: Tidak ada kontraksi otot 0, Terjadi kontraksi otot tanpa gerakan nyata 1, Pasien hanya mampu menggeserkan tangan atau kaki 2 Mampu angkat tangan, tidak mampu menahan gravitasi 3, Tidak mampu menahan tangan pemeriksa 4, Kekuatan penuh 5.

Menurut Ariani (2012) evaluasi masing-masing Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) menggunakan skala sebagai berikut. Mandiri keseluruhan 0, Memerlukan alat bantu 1, Memerlukan bantuan minimal 2, Memerlukan bantuan

dan/atau beberapa pengawasan 3, Memerlukan pengaasan keseluruhan 4, Memerlukkan bantuan total 5.

Fungsi-fungsi saraf kranial :

- 1) Nervus Olfaktorius (N.I) : Penciuman
- 2) Nervus Optikus (N.II) : ketajaman penglihatan, lapang pandang
- 3) Nervus Okulomotorius (N.III): reflek pupil, otot ocular, eksternal termasuk ototis dilatasi pupil
- 4) Nervus Troklearis (N.IV) : gerakan ocular menyebabkan ketidakmampuan melihat kebawah dan kesamping.
- 5) Nervus Trigemini (N.V): fungsi sensori, reflek kornea, kulit wajah dan dahi, mukosa hidung dan mulut, fungsi motoric, reflek rahang.
- 6) Nervus Abducent (N.VI) : gerakan ocular, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan ke bawah dan ke samping
- 7) Nervus Fasialis (N.VII) : fungsi motoric wajah bagian atas dan bawah, kerusakan akan menyebabkan asimetris wajah dan poresis.
- 8) Nervus Akustikus (N.VIII) : Tes saraf koklear, pendengaran, konduksi udara dan tulang
- 9) Nervus Glossofaringeus (N.IX) : reflek gangguan faringeal
- 10) Saraf fagus (N.X) : Bicara
- 11) Nervus Aesorius (N.XI) : kekuatan otot trapezius dan sternocleidomastoid, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan mengangkat bahu.
- 12) Nervus Hipoglossus (N.XII) : fungsi motorik lidah  
kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan menjulurkan dan menggerakan lidah.

Menurut Ariani (2012) pemeriksaan pada pasien yang mengalami penurunan fungsi motorik antara lain sebagai berikut :

1) Gerakan penduler tungkai.

Pasien tetap duduk di tepi tempat tidur dengan tungkai tergantung, kemudian kaki diangkat ke depan dan dilepas. Pada waktu dilepas akan ada gerakan penduler yang makin lama makin kecil dan biasanya berhenti 6 atau 7 gerakan. Bedanya pada rigiditas ekstra piramidal akan ada pengurangan waktu, tetapi tidak teratur atau tersendat-sendat.

2) Menjatuhkan tangan.

Tangan pasien diangkat kemudian dijatuhkan. Pada kenaikan tonus (hipertoni) terdapat penundaan jatuhnya lengan ke bawah. Sementara pada hipotomisitas jatuhnya cepat.

3) Tes menjatuhkan kepala.

Pasien berbaring tanpa bantal, pasien dalam keadaan relaksasi, mata terpejam. Tangan pemeriksa yang satu diletakkan di bawah kepala pasien, tangan yang lain mengangkat kepala dan menjatuhkan kepala lambat. Pada kaku kuduk (*nuchal rigidity*) karena iritasi meningeal terdapat hambatan dan nyeri pada fleksi leher.

**d. B4 (Bladder)**

Setelah stroke pasien mungkin mengalami inkontinesia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau

berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinesia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

**e. B5 (*Bowel*)**

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada pasien 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 inkontinesia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

**f. B6 (*Bone*)**

Pada kulit, jika pasien kekurangan O<sub>2</sub> kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena pasien 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.

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular
2. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan adanya edema serebral akibat stroke hemoragik.
3. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif ditandai dengan terjadinya aneurisma serebri, hipertensi
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (PTIK)
5. Gangguan Eliminasi Urin berhubungan dengan penurunan kemampuan

menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih

6. Defisit Nutris berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
7. Risiko Aspirasi ditandai dengan penurunan tingkat kesadaran, penurunan refleks muntah/batuk, gangguan menelan, kerusakan mobilitas fisik, penurunan motilitas gastrointestinal, terpasang *endotracheal tube*.
8. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai adanya perdarahan pada otak (hemoragik)
9. Risiko Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan berhubungan dengan penurunan mobilisasi, adanya penekanan pada tonjolan tulang (dekubitus)

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

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

**Tabel 2.1** Intervensi Keperawatan pada CVA *Bleeding*

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN (SDKI, 2016)	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (SLKI, 2018)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI, 2018)
1.	Penurunan Kapasitas Adaptif b/d edema serebral (stroke hemoragik) (D.0066)	<i>Kapasitas Adaptif Intrakranial (L.06049)</i> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam kapasitas adaptif intrakranial pasien meningkat dengan kriteria hasil :	<i>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)</i> 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2) Monitor tanda gejala PTIK 3) Monitor MAP 4) Monitor gelombang ICP

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>2. Sakit kepala menurun</li> <li>3. Gelisah menurun</li> <li>4. Tekanan darah membaik</li> <li>5. Tekanan nadi membaik</li> <li>6. Bradkardia membaik</li> <li>7. Pola napas membaik</li> <li>8. Respon pupil membaik</li> <li>9. Refleks neurologis membaik</li> <li>10. Tekanan intrakranial membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5) Monitor status pernapasan</li> <li>6) Monitor intake dan output cairan</li> <li>7) Monitor cairan serebrospinalis</li> <li>8) Berikan posisi semi fowler</li> <li>9) Hindari valsava manuver</li> <li>10) Cegah terjadinya kejang</li> <li>11) Hindari penggunaan PEEP</li> <li>12) Hindari pemberian cairan IV hipotonik</li> <li>13) Pertahankan suhu tubuh normal</li> <li>14) Kolaborasi pemberian anti konvulsan</li> <li>15) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis</li> </ol>
2.	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif ditandai dengan terjadinya aneurisma serebri, hipertensi (D.0017)	<p><i>Perfusi Serebral (L.02014)</i></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam perfusi serebral pasien meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>2. Tekanan intrakranial menurun</li> <li>3. Nilai MAP membaik</li> <li>4. Kesadaran membaik</li> <li>5. Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>6. Tekanan darah diastolik membaik</li> <li>7. Refleks saraf membaik</li> </ol>	<p><i>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi penyebab TIK</li> <li>2) Monitor tanda/ gejala peningkatan TIK</li> <li>3) Monitor MAP</li> <li>4) Monitor ICP (<i>Intra Cranial Pressure</i>), jika tersedia</li> <li>5) Monitor CPP (<i>Cerebral Perfusion Pressure</i>)</li> <li>6) Monitor gelombang ICP</li> <li>7) Monitor status pernapasan</li> <li>8) Monitor intake dan output cairan</li> <li>9) Monitor cairan serebrospinalis (mis.warna, konsistensi, volume)</li> <li>10) Berikan posisi <i>head up bed</i> 15-30°</li> <li>11) Cegah terjadinya kejang</li> <li>12) Hindari penggunaan PEEP</li> <li>13) Hindari pemberian cairan IV hipotonik.</li> <li>14) Pertahankan suhu dalam batas normal</li> <li>15) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu</li> <li>16) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</li> </ol>

			17) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
3.	Risiko Aspirasi d/d penurunan tingkat kesadaran, penurunan refleks muntah/batuk, gangguan menelan, kerusakan mobilitas fisik, terpasang NGT. (D.0006)	<i>Tingkat Aspirasi (L.01006)</i> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam tingkat aspirasi pasien menurun dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran msningkat 2. Kemampuan menelan meningkat 3. Kebersihan mulut meningkat 4. Kelemahan otot menurun 5. Frekuensi napas mmbaik	<i>Pencegahan Aspirasi (I.01018)</i> 1) Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan 2) Monitor status pernapasan 3) Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral 4) Periksa kepatenan selang NGT sebelum memberi asupan oral 5) Posisikan semi fowler sebelum memberi asupan oral 6) Pertahankan kepatenan jalan napas 7) Hindari memberi makan melalui NGT jika residu banyak 8) Berikan makanan ata obat oral dalam bentuk cair.
4.	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular (D.0054)	<i>Mobilitas Fisik (L.05042)</i> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam smobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. ROM meningkat 4. Kaku sendi menurun 5. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 6. Gerakan terbatas menurun 7. Kelemahan fisik menurun	<i>Dukungan Ambulasi (I.06171)</i> 1) Identifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melalui ambulasi 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum ambulasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 5) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 6) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik 7) Libatkan keluarga dalam meningkatkan ambulasi 8) Anjurkan melakukan ambulasi dini 9) Ajurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan misal duduk diatas tempat tidur
5.	Risiko Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan d/d penurunan mobilisasi, adanya penekanan pada tonjolan tulang (dekubitus) (D.0139)	<i>Integritas Kulit dan jaringan (L.14125)</i> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam integritas kulit dan jaringan pasien meningkat dengan kriteria hasil : 1. Hidrasi meningkat 2. Perfusi jaringan meningkat 3. Kerusakan lapisan kulit menurun	<i>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</i> 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit 2) Lakukan pemijatan pada daerah penonjolan tulang 3) Ubah posisi tiap 2 jam tirah baring 4) Berikan lotion atau peembab 5) Berikan asupan minum dan nutrisi yang cukup

	4. Tekstur membaik	
--	--------------------	--

#### **2.2.4 Implementasi**

Tahap ini dilakukan pelaksanaan dan perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan (Muttaqin, 2012).

#### **2.2.5 Evaluasi**

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus-menerus dengan melibatkan pasien, perawat, dan anggota tim lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukan (Muttaqin, 2012).

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab 3 untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada Tn.S dengan CVA Bledding + IVH yang disertai dengan hipertensi, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 19 Juli 2020 data diperoleh dari anamnesa dengan keluarga pasien dan data dokumenter dari file No. Register 96-xx-xx. Data yang didapat sebagai berikut :

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Data Umum**

###### **1. Identitas**

Pasien bernama Tn. S berjenis kelamin laki-laki berusia 61 tahun dan beragama beragama islam. Pasien tinggal di daerah Surabaya. Pasien MRS tanggal 17 Juli 2020 pukul 08.00 WIB dengan diagnosis medis CVA Bledding + IVH + Hipertensi. Pasien adalah seorang pensiunan pegawai swasta.

##### **3.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan**

###### **1. Keluhan Utama**

Keluhan utama tidak terkaji pasien dengan kesadaran somnolen GCS 4-X-3

###### **2. Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien datang ke IGD tanggal 17 Juli 2020 pukul 22.09, pasien rujukan dari Rumah Sakit Royal Surabaya. Berdasarkan anamnesa yang diperoleh dari keluarga pasien didapatkan bahwa pasien jatuh terbentur dinding, dan pasien tiba-tiba tidak bisa berdiri, badan lemes sejak 1 hari lalu, dan disertai dengan mual dan muntah

sebanyak 3x. Di IGD di dapatkan kesadaran pasien somnolen dengan GCS pasien E3V2M4 dan terdiagnosa CVA Bleeding + IVH. Lalu tindakan yang diberikan selama di IGD antara lain oksigen masker non rebreathing 10 lpm, pemberian infus NS dan monitol 250 cc, cek laboratorium : DL, GDA, KK, SE, pemasangan NGT, Pemasangan foley kateter no. 16, injeksi ranitidine, primperan, dilakukan CT Scan kepala. Pemeriksaan tanda-tanda vital saat di IGD didapatkan tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 79 x/menit ,suhu 35,5 C, RR 17x/ menit. Pukul 02.00 keluarga memberikan persetujuan dilakukan operasi, kemudian pasien di bawa ke OK untuk melakukan operasi craniotomy. pasien didapatkan cairan LCS kemerahan, tekanan 35 cmH<sub>2</sub>O, dilanjutkan evakuasi dan eksplorasi hematom intraventikular. Perdarahan sebanyak 50 cc. pada tanggal 18 Juli 2016 pukul 08.00 pasien di pindahkan ke ICU IGD. Dilakukan observasi tanda-tanda vital tekanan darah 187/90 mmHg, nadi 75 x/menit , suhu 36 C , RR 12 x/ menit dan diberikan terapi ceftriaxone 2x2 gr, novaldo 3x1 amp, dan omz 2x1 amp.

### 3. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga mengatakan Tn. S mempunyai riwayat stroke, hipertensi, dan diabetes mellitus sejak 3 tahun lalu akan tetapi pasien jarang minum obat.

### 4. Riwayat Alergi

Pasien tidak ada riwayat alergi terhadap obat terbukti saat menjalani skin test ceftriaxone tidak ada kemerahan atau ruam pada kulit daerah skin test. Keluarga mengatakan Tn. S tidak memiliki alergi makanan.

### 5. Keadaan Umum

Pada pasien didapatkan Keadaan umum pasien lemah GCS 4-X-3 dengan kesadaran somnolen, dimana mata pasien terbuka secara spontan saat dipanggil,

tetapi itu hanya berlangsung beberapa detik saja, lalu mata pasien kembali menutup.

Vital Sign : TD : 187/96 mmHg, Nadi 75 x/menit, RR 12 x/menit , Suhu 36 °C

### 3.1.3 Pemeriksaan Fisik

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

Bentuk dada pasien normochest, pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu nafas, tidak terpasang alat bantu pernafasan, RR : 12 x/ menit, irama nafas regular, suara nafas vesikuler, tidak ada tarikan dinding dada, tidak ada ronkhi (-/-), wheezing (-/-), tidak ada batuk, tidak ada sputum, terdengar suara sonor saat diperkusi, vocal fremitus tidak dapat terkaji karena pasien terbaring. Terpasang oksigen masker non rebreathing 6 Lpm, SpO<sub>2</sub> 100%.

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

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

Pada pemeriksaan sirkulasi didapatkan hasil sebagai berikut : Bunyi jantung S1 S2 tunggal, gallop tidak ada, murmur tidak ada, CRT < 2 detik, ictus cordis tidak terlihat saat inspeksi tapi teraba saat palpasi, tidak ada nyeri dada, tidak terdapat pembesaran jantung, tidak ada sianosis, tidak ditemukan oedema ekstermitas, akral dingin, tidak ada pembesaran vena jugularis, tekanan darah : 187/96 mmHg, Nadi 75 x/menit. Pada pemeriksaan perkusi jantung didapatkan batas jantung yang normal yaitu batas kanan atas di intercostal 2 linea para sternalis *dextra*, batas kanan bawah di intercostal ke-4 linea para sternalis *dextra*, batas kiri atas di septum intercostal ke-2 linea para sternalis *sinistra*, batas kiri bawah di intercostal ke-4 *linea media clavicularis sinistra*.

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

### 3. B3 (*Brain*)

Saat pengakajian kesadaran pasien somnolen dengan GCS E4V1M3. Pada kondisi pasien pemeriksaan status neurologis nervus kranialis tidak semua nervus karena kondisi pasien yang membuat pemeriksa tidak dapat mengkaji dan dapat terkaji hanya beberapa nervus saja yang dapat terkaji, yaitu :

- a) N IX (Glosofaringeal) dan XII (Hipoglosus) : terjadi kelemahan dalam kemampuan menelan, pasien tidak dapat berbicara, pasien muntah.
- b) N VIII (Vestibulokoklearis), VII (Fasialis), dan V (Trigesminus): tidak ada masalah, karena pasien dapat mengangkat kedua alisnya, pendengaran pasien normal, dan pasien dapat merasakan sentuhan.
- c) Sedangkan N I (Olfaktorius), II (Optikus), III (Okulomotoris, troklearis, abduksen), IV (Okulomotoris, troklearis, abduksen), VI (Okulomotoris, troklearis, abduksen), X (Vagus), dan XI (Aksesoris) tidak dapat terkaji.

Pupil isokor 3 mm/3 mm, refleks cahaya +/+, refleks patologis : refleks babinski -/-, refleks chaddock -/-, refleks Gordon -/-, refleks fisiologis : patella +/+

Pemeriksaan motoric didapatkan adanya hemiplegia.

Masalah Keperawatan : Resiko Perfusi Serebral Tidak efektif , Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial, Risiko Aspirasi

### 4. B4 (*Bladder*)

Pada pemeriksaan perkemihan didapatkan inspeksi pasien terpasang foley kateter sejak tanggal 17 Juli 2020 di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Produksi urine 2000 ml dalam 6 jam, tidak ada retensi ataupun inkontinensia urine, warna urin kuning jernih, aliran lancar. Saat palpasi tidak teraba adanya distensi kandung dan tidak ada nyeri tekan.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

5. B5 (*Bowel*)

Pada saat inspeksi didapatkan mukosa bibir kering, mulut kotor, nafas bau, badan lembab dan bau tidak sedap, tidak ada perdarahan pada mulut dan gusi. Bentuk abdomen pasien datar dan tidak ada pembesaran abdomen/ asites. Pasien terpasang NGT, pasien mendapatkan diet nutrisi MLP 6x 100 cc. Saat auskultasi didapatkan bising usus 12x/menit dan saat diperkusi terdengar suara timpani. Saat palpasi tidak ada nyeri tekan, tidak ada hematomegali, atau spleenomegali.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

6. B6 (*Bone*)

Pada pemeriksaan muskuluskeletal didapatkan kekuatan otot ekstermitas atas 3333/ 2222, dan ekstermitas bawah 3333/ 2222. Karena pasien mengalami hemiplegia atau kelemahan. Pada pemeriksaan kulit tidak terdapat luka combustion, dan juga luka decubitus. Pada saat inspeksi tidak terlihat adanya benjolan dan lesi pada area kulit, pasien bedrest total. Saat dilakukan palpasi didapatkan turgor kulit elastis, tidak ada edema. Pasien terbaring di tempat tidur, kedua tangan diikat di tempat tidur.

Masalah Keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik, Resiko Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan

### 3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

1. Hasil EKG pada tanggal 17 Juli 2020

Heart Rate : 91 bps, PR Int : 122 ms, QRS Dur : 92 ms, QT / QT C : 380/  
467 ms, P – R – T axes : 69 63 7

## 2. Hasil Laboratorium pada tanggal 17 Juli 2020

**Tabel 3.1** Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pada Tn.S dengan diagnosa medis CVA *Bleeding* + IVH

Pemeriksaan	Hasil	Normal
WBC	10,3	4.0 – 10.0
RBC	4,12	3.50 – 5.50
HGB	11,5	11.0 – 16.0
HCT	35,6	37.0 – 54.0
MCV	86,3	80.0 – 100.0
MCH	27,9	27.0 – 34.0
MCHC	32,3	32.0 – 36.0
RDW-CV	14,5	11.0 – 16.0
RDW-SD	46,3	35.0 – 56.0
PLT	212	150 – 400
MPV	8,7	6.5 – 12.0
PDW	15,8	9.0 – 17.0
PCT	0,184	0.108 – 0.282
P-LCC	54	30 – 90
P-LCR	25,6	11.0 – 45.0
Na	140,6	135 – 145
K	3,46	3.5 – 5
Cl	103,1	95 – 108

## 3.1.5 Lembar pemberian Terapi Medis

**Tabel 3.2** Terapi pada Tn.S dengan diagnosa medis CVA *Bleeding* + IVH

Medikasi	Dosis	Indikasi
Ceftriaxon	2x2 gr (IV)	Infeksi saluran pernafasan, infeksi saluran kemih, infeksi gonore, sepsis, meningitis, infeksi tulang dan jaringan lunak, infeksi kulit.
OMZ	2x1 amp (IV)	Ulkus duodenum, ulkus gaster, Esophagitis ulseratif dan sindro Zollinger Ellison
Nimotop	4x2 tab (P.O)	Profilaksi dan pengobatan deficit Neurologic iskemik yang disebabkan vasospasme serebral akibat perdarahan subarachnoid karena aneurisma

Neurodex	1x1 tab (P.O)	Kekurangan vitamin neurotropic, kelainan saraf, muntah-muntah selama 3 bulan pertama kehamilan, anemia
RL	1000 cc/24 jam (IV)	Mengembalikan keseimbangan elektrolit Pada keadaan dehidrasi dan syok hipovolemik.
Futrolit	1000 cc/24 jam (IV)	Perbaiki kebutuhan karbohidrat, cairan, Dan elektrolit pada tahap pre, intra & pasca operasi, dehidrasi isotonic & kehilangan cairan ekstraseluler.
Manitol	6x125 ml (IV)	Menurunkan tekanan serebrospinal, dan tekanan intraokuler, profilaksasi gagal ginjal akut, luka traumatic akut, icterus berat.
Perdipin	0,5 mg/ amp (IV)	Hipertensi emergensi, hipertensi krisis Selama pembedahan
Novaldo	3x1 amp (IV)	Meredakan nyeri, terutama kolik dan nyeri pasca operasi
Ranitidin	3x1 amp (IV)	Tukak lambung, tukak duodenum, sakit maag, nyeri ulu hati, serta gangguan pencernaan

### 3.1.6 Lembar Observasi

**Tabel 3.3** Lembar observasi pada pasien Tn.S dengan diagnosis CVA Bleeding di Ruang ICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 18 Juli 2020

Jam	Tensi	RR	HR	SUHU	MAP	SPO <sub>2</sub>	CVP	Resp Mode	FIO <sub>2</sub>	Input (cc)	Output (cc)
07.00	110/80	25	82	36		98 %					
08.00	131/90	23	76	36		99%				362.5	100
09.00	130/87	24	84	36		98%					
10.00	140/80	24	80	36,1		98%					
11.00	130/80	25	90	36,3		98%				62.5/425	50/150
12.00	133/80	19	80	36		98%					
13.00	126/88	19	79	36,9		99%					
14.00	130/71	18	80	36,5		98%				362.5/787.5	50/200
15.00	120/80	19	87	36		97%					
16.00	120/74	20	80	36		98%					
17.00	130/80	20	90	36		97%				362,5/1150	50/250
18.00	120/80	20	87	36		98%					
19.00	110/70	20	91	36		98%					
20.00	120/80	20	79	36		97%				362,5/1512,5	100/300
21.00	123/80	19	82	36		98%					
22.00	120/80	19	81	36		96%					
23.00	130/70	21	85	36		97%				362,5/1875	50/350
24.00	130/80	20	85	36		98%					
01.00	120/80	20	89	36		95%					
02.00	125/80	19	90	36		97%				362.5/2237,5	100/450
03.00	130/70	20	92	36		99%					
04.00	120/80	20	80	36		97%				362,5/2600	50/500

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian pasien maka data focus atau analisa data sebagai berikut :

#### 3.2.1 Analisa Data

**Tabel 3.4** Analisa data pada pasien Tn.S dengan diagnosis CVA *Bleeding* di Ruang ICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

NO	Data/ Faktor Resiko	Etiologi	Masalah
1	<p>DS :</p> <p>Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran GCS 4X3</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mempunyai riwayat Hipertensi</li> <li>- TD : 189/96 mmHg</li> <li>- MAP : 126,3 mmHg</li> <li>- RR : 12x/ menit</li> <li>- Suhu : 36,0 °C</li> <li>- Kesadaran : somnolen GCS 4X3</li> <li>- Refleks : refleks cahaya +/+, reflek patologis : reflek babinski -/-, reflek chaddock -/-, reflek Gordon -/-, reflek fisiologis : patella +/+. Pemeriksaan motoric didapatkan adanya hemiplegia.</li> <li>- Pasien muntah</li> <li>- Pasien tanpak lemah</li> <li>- Psein memiliki riwayat penyakit stroke</li> </ul>	Gangguan aliran darah ke otak	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (SDKI 2016, D.0017 hal 51)
2	<p>DS :</p> <p>Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran GCS 4X3</p> <p>Faktor Resiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aneurisma serebri</li> <li>2. Hipertensi</li> </ol> <p>TD : 189/96 mmHg MAP : 126,3 mmHg RR : 12x/ menit Suhu : 36,0 °C</p>	Gangguan aliran darah ke otak	PK Peningkatan Tekanan intrakranial (Wilkinson, 2016, hal 504)

	<p>Kesadaran : somnolen          Refleks : refleks cahaya +/+,          reflek patologis : reflek          babinski -/-, reflek chaddock          -/-, reflek Gordon -/-, reflek          fisiologis : patella +/+.          Pemeriksaan motoric          didapatkan adanya          hemiplegia.</p> <p>3. Riwayat penyakit stroke</p>						
3	<p>DS :          Tidak terkaji karena pasien          mengalami penurunan          kesadaran GCS 4X3          DO :          - Kekuatan otot pasien          menurun          - ROM menurun  <table style="border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3333</td> <td style="padding: 2px 5px;">2222</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3333</td> <td style="padding: 2px 5px;">2222</td> </tr> </table>         - Gerakan pasien terbatas          - Tangan pasien terikat          - Fisik pasien tampak lemah</p>	3333	2222	3333	2222	Gangguan Neuromuskular	Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI 2016, D.0054 hal 124)
3333	2222						
3333	2222						
4	<p>DS : Tidak terkaji karena pasien          mengalami penurunan          kesadaran GCS 4X3          DO :          - Pasien mengalami          penurunan kesadaran          - Pasien mengalami          penurunan dan rentang          gerak          - Segala aktivitas pasien          dibantu total oleh perawat          dan keluarga</p>	Gangguan neuromuskular	Defisit Perawatan Diri (SDKI 2016, D.0109 hal 240)				
5	<p>DS :          Tidak terkaji karena pasien          mengalami penurunan          kesadaran GCS 4X3</p> <p>Faktor Resiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengalami          penurunan mobilitas</li> <li>2. Pasien sedang dalam bed          rest total dan hanya          berbaring saja beresiko          mengalami penekanan pada</li> </ol>	-	Risiko Gangguan Integritas Kulit/ jaringan (SDKI 2016, D.0139 hal 300)				

	daerah belakang atau punggung pasien		
3.	Tangan pasien terikat beresiko mengalami gesekan		

### 3.2.2 Prioritas Masalah

**Tabel 3.5** Prioritas masalah pada pasien pasien Tn.S dengan diagnosis CVA *Bleeding* diruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal		Nama Perawat
		Ditemukan	Teratasi	
1	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (SDKI, 2016 D.0017 Hal 51)	19 Juli 2020	Teratasi sebagian	<b>nanda</b>
2	Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI, 2016 D.0054 Hal 124)	19 Juli 2020	Belum teratasi	<b>nanda</b>
3	Risiko Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan (SDKI, 2016 D.0139 Hal 300)	19 Juli 2020	Teratasi sebagian	<b>nanda</b>
4	PK Peningkatan Tekanan intrakranial (Wilkinson, 2016 Hal 502)	19 Juli 2020	Belum teratasi	<b>nanda</b>
5	Defisit Perawatan Diri (SDKI, 2016 d.0109 Hal 240)	19 Juli 2020	Belum teratasi	<b>nanda</b>

### 3.3 Rencana Keperawatan

**Tabel 3.6** Rencana keperawatan pada pasien Tn.S dengan diagnosis CVA *Bleeding* di ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

No Dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (SDKI, 2016 D.0017 Hal 51)	<i>Perfusi Serebral (L.02014)</i> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam perfusi serebral pasien meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan intrakranial menurun 3. Nilai MAP membaik 4. Kesadaran membaik 5. Tekanan darah sistolik membaik 6. Tekanan darah diastolik membaik 7. Refleks saraf membaik	<i>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)</i> 1. Identifikasi penyebab TIK  2. Monitor tanda/ gejala peningkatan TIK 3. Monitor MAP  4. Monitor ICP ( <i>Intra Cranial Pressure</i> ), jika tersedia 5. Monitor CPP ( <i>Cerebral Perfusion Pressure</i> )  6. Monitor gelombang ICP 7. Monitor status pernapasan	1) Dengan mengetahui penyebab maka akan mengatasi masalah yang muncul pada pasien 2) Mengetahui prognosis masalah pasien 3) mengukur bagaimana kondisi jantung dalam memompa darah 4) mengetahui aktivitas tekanan pada otak 5) menunjukkan tercapai atau tidaknya perfusi otak begitu juga dengan oksigenasi otak (Kayana, I. B., Maliawan, Sri., Kawiyan, 2016) 6) mengetahui aktivitas pada otak 7) bradipnea salah satu tanda trias cushing pada PTIK

			<p>8. Monitor intake dan output cairan</p> <p>9. Monitor cairan serebro-spinalis (mis.warma, konsistensi, volume)</p> <p>10. Berikan posisi <i>head up bed</i> 15-30°.</p> <p>11. Cegah terjadinya kejang</p> <p>12. Hindari penggunaan PEEP</p> <p>13. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</p> <p>14. Pertahankan suhu dalam batas normal</p> <p>15. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, <i>jika perlu</i></p> <p>16. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, <i>jika perlu</i></p>	<p>8) mengetahui apakah otak mengalami edema cairan</p> <p>9) Mengetahui cairan apa yang ada di otak</p> <p>10) Mengurangi tekanan dan nyeri kepala</p> <p>11) Kejang menunjukkan adanya aliran yang tidak baik pada otak</p> <p>12) Tekanan yang diberikan bisa menyebabkan PTIK bertambah</p> <p>13) Pemberian cairan isotonik yang berlebihan bisa menyebabkan retensi cairan/ oedema terutama pada otak</p> <p>14) Suhu tubuh tinggi dapat memicu demam</p> <p>15) Mencegah terjadinya kejang jika perlu</p> <p>16) untuk mengurangi tekanan dalam kepala (intrakranial) akibat pembengkakan otak</p>
--	--	--	---	---

			17. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	17) pada pasien dengan PTIK tidak boleh mengejan
2	Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI, 2016 D.0054 Hal 124)	<p><i>Mobilitas Fisik (L.05042)</i></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam mobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>8. Pergerakan ekstremitas meningkat</p> <p>9. Kekuatan otot meningkat</p> <p>10. ROM meningkat</p> <p>11. Gerakan terbatas menurun</p> <p>12. Kelemahan fisik menurun</p>	<p><i>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</i></p> <p>1) Identifikasi tingkat kesadaran atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2) Identifikasi toleransi fisik melalui mobilisasi</p> <p>3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi</p> <p>4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>5) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>6) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik seperti ROM aktif maupun pasif</p> <p>7) Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>8) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misal miring kanan atau miring kiri</p> <p>9) Kolaborasi dengan fisioterapi</p>	<p>1) Mengetahui toleransi pasien</p> <p>2) Mengetahui toleransi pasien</p> <p>3) Mengetahui tingkat kemampuan pasien dalam mobilisasi</p> <p>4) Mengetahui batas kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi</p> <p>5) Membantu pasien bermobilisasi</p> <p>6) Berpartisipasi dalam pengobatan pasien</p> <p>7) Latihan bertahap</p> <p>8) Mencegah kekakuan sendi dan otot serta mencegah dekubitus</p> <p>9) Pemberian terapi yang tepat untuk pasien</p>
3	Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan	<i>Integritas Kulit dan jaringan (L.14125)</i>	<i>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</i>	

	(SDKI, 2016 D.0139 Hal 300)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam integritas kulit dan jaringan pasien meningkat dengan kriteria hasil : 1. Hidrasi meningkat 2. Perfusi jaringan meningkat 3. Kerusakan lapisan kulit menurun 4. Tekstur kulit membaik	1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit 2) Lakukan pemijatan pada daerah penonjolan tulang 3) Ubah posisi tiap 2 jam tirah baring 4) Berikan lotion atau pelembab 5) Berikan asupan minum dan nutrisi yang cukup	1) Mengetahui penyebab kerusakan kulit/ jaringan 2) Melancarkan aliran darah pada daerah penonjolan tulang 3) Menghindari penekanan berlebihan pada pasien dengan bed rest 4) Menjag kelembapan kulit pasien 5) Menjaga hidrasi kulit pasien
--	--------------------------------	--	---	--

### 3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

**Tabel 3.7** Implementasi dan evaluasi keperawatan pada pasien Tn.S dengan diagnosis CVA *Bleeding* di ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

No Dx	Tgl/jam	Tindakan	TT	Tgl/jam	Catatan perkembangan	TT
1,2,3	19-7-2020	Operan dengan sift malam	<b>anda</b>	19-7-2020	<b>Diagnosa Keperawatan 1</b>	<b>anda</b>
1,2,3	<b>Dinas Pagi</b> 07.00	- Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 130/80 mmHg, Nadi : 82x/menit, RR : 15x/Menit Suhu : 36 °C	<b>anda</b>	13.30	S : - O : - kesadaran pasien strupor - GCS 3X3 - SpO2 98 % - Frekuensi Nafas 15 <sup>x</sup> /menit - Nadi 82x/menit - Suhu : 36 °C	
1,2	07:15	- Memonitoring status pernafasan dan tanda-tanda PTIK	<b>anda</b>		- Pola nafas reguler - Refleks neurologis baik	
1,2	07.30	- Memonitoring kesadaran pasien cairan serebrospinal	<b>anda</b>		A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan :	
1,2	08.00	- Monitoring MAP				
1,2						

2, 3	08.15	- Memberikan pasien posisi head up bed 15°	<b>anda</b>		- Monitor MAP	
	09.00	- Mengubah posisi pasien miring kanan dan menilai ROM pasien 3333   2222 3333   2222	<b>anda</b> <b>anda</b>		- Monitor gelombang ICP - Monitor status pernapasan - Monitor intake dan output cairan - Monitor cairan serebro spinalis - Berikan posisi head up bed 30° - Hindari valsava manuver - Cegah terjadinya kejang - Hindari penggunaan PEEP - Hindari pemberian cairan IV hipotonik - Pertahankan suhu tubuh normal - Kolaborasi pemberian anti konvulsan - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis	
1,2	10.00	- Mengukur intake dan output pasien	<b>anda</b>			
1,2	11.00	- Mengukur kesadaran pasien GCS 3X3	<b>anda</b>			
1,2,3	11.30	- Mengukur tanda-tanda vital pasien Tekanan Darah : 130/80 mmHg, Nadi : 82x/menit, RR : 25x/Menit Suhu : 36 °C	<b>anda</b>			
1,2,3	12.00	- Memberikan makanan pasien enteral MLP 1x100	<b>anda</b>		<b>Diagnosa Keperawatan 2</b>	
1,2,3	13.30	- Timbang terima dengan dinas sore			S : - O : - kesadaran pasien strupor GCS 3X3 - SpO2 98 %	<b>anda</b>

			anda		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi Nafas 15<sup>x</sup>/menit</li> <li>- Nadi 82x/menit</li> <li>- Suhu : 36 °C</li> <li>- ROM :  <table style="border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3333</td> <td style="padding: 2px 5px;">2222</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3333</td> <td style="padding: 2px 5px;">2222</td> </tr> </table> </li> <li>- Refleks neurologis baik</li> <li>- Rentang gerak terbatas</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>- Latih ROM pasif aktif 2x sehari</li> </ul> <p><b>Diagnosa Keperawatan 3</b></p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kesadaran pasien strupor GCS 3X3</li> <li>- SpO2 98 %</li> <li>- Frekuensi Nafas 15<sup>x</sup>/menit</li> </ul>	3333	2222	3333	2222	
3333	2222									
3333	2222									

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nadi 82x/menit</li> <li>- Suhu : 36 °C</li> <li>- Akral dingin</li> <li>- Tidak ada penonjolan tulang</li> <li>- Tidak ad dekubitus</li> <li>- Turgor kulit kering</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>- Miringkan pasien kekanan/kekiri tiap 4 jam</li> </ul>	<b>nanda</b>
1,2,3	20-7-2020 Dinas Sore 14.00	Operan dengan sift pagi	<b>nanda</b>	20-7-2020 20.30	<b>Diagnosa Keperawatan 1</b>	<b>nanda</b>
1,2,3		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitoring Tanda – Tanda Vital</li> </ul> <p>Tekanan Darah : 145/70 mmHg, Nadi : 72x/menit, RR : 18x/Menit Suhu : 36,5 OC</p>	<b>nanda</b>		<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kesadaran pasien somnolen</li> <li>- GCS 4X3</li> <li>- SpO2 98 %</li> <li>- Frekuensi Nafas 15<sup>x</sup>/menit</li> </ul>	
1,2	14:15	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitoring status pernafasan dan tanda-tanda PTIK</li> </ul>				

1,2	14.30	- Memonitoring kesadaran pasien cairan serebrospinal	<b>Nanda</b>		- Nadi 72x/menit	
1,2	15.00	- Monitoring MAP	<b>Nanda</b>		- Suhu : 36 °C	
1,2	15.15	- Memberikan pasien posisi head up bed 15°	<b>Nanda</b>		- Pola nafas reguler	
2, 3	16.00	- Mengubah posisi pasien miring kiri dan menilai ROM pasien	<b>Nanda</b>		- Refleks neurologis baik	
		3333   2222	<b>Nanda</b>		A : Masalah teratasi sebagian	
		3333   2222	<b>Nanda</b>		P : Intervensi dilanjutkan :	
1,2	18.00	- Mengukur intake dan output pasien	<b>Nanda</b>		- Monitor MAP	
		- Mengukur kesadaran pasien GCS 4X3	<b>Nanda</b>		- Monitor gelombang ICP	
1,2	19.00	- Mengukur tanda-tanda vital pasien	<b>Nanda</b>		- Monitor status pernapasan	
1,2,3	19.30	Tekanan Darah : 130/80 mmHg, Nadi : 82x/menit, RR : 25x/Menit Suhu : 36 OC	<b>Nanda</b>		- Monitor intake dan output cairan	
		- Memberikan makanan pasien enteral MLP 1x100	<b>Nanda</b>		- Monitor cairan serebro spinalis	
1,2,3	20.00		<b>Nanda</b>		- Berikan posisi head up bed 30°	
					- Hindari valsava manuver	
					- Cegah terjadinya kejang	
					- Hindari penggunaan PEEP	
					- Hindari pemberian cairan IV hipotonik	
					- Pertahankan suhu tubuh normal	
					- Kolaborasi pemberian anti konvulsan	
					- Kolaborasi pemberian diuretik osmosis	

1,2,3	20.30	- Timbang terima dengan dinas malam	<b>Nanda</b>		<p><b>Diagnosa Keperawatan 2</b></p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kesadaran pasien somnolen</li> <li>GCS 4X3</li> <li>- SpO2 98 %</li> <li>- Frekuensi Nafas 15<sup>x</sup>/menit</li> <li>- Nadi 82x/menit</li> <li>- Suhu : 36 °C</li> <li>- ROM :</li> <li><u>3333</u>   <u>2222</u></li> <li>3333   2222</li> <li>- Refleks neurologis baik</li> <li>- Rentang gerak terbatas</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p>	<b>Nanda</b>
-------	-------	-------------------------------------	--------------	--	--	--------------

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>- Latih ROM pasif aktif 2x sehari</li> </ul> <p><b>Diagnosa Keperawatan 3</b></p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kesadaran pasien strupor</li> <li style="padding-left: 20px;">GCS 3X3</li> <li>- SpO2 98 %</li> <li>- Frekuensi Nafas 15<sup>x</sup>/menit</li> <li>- Nadi 82x/menit</li> <li>- Suhu : 36 °C</li> <li>- Akral dingin</li> <li>- Tidak ada penonjolan tulang</li> <li>- Tidak ad dekubitus</li> <li>- Turgor kulit kering</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul>	<b>Wanda</b>
--	--	--	--	---	--------------

					Miringkan pasien kekanan/ kekiri tiap 4 jam	
1,2,3	21-7-2020 Dinas Pagi 07.00	Operan dengan sift malam	<b>Nanda</b>	21-7-2020 13.30	<b>Diagnosa Keperawatan 1</b>	<b>Nanda</b>
1,2,3		- Memonitoring Tanda – Tanda Vital Tekanan Darah : 140/80 mmHg, Nadi : 88x/menit, RR : 18x/Menit Suhu : 36,4 C	<b>Nanda</b>		S : - O :	
1,2	07:15	- Memonitoring status pernafasan dan tanda-tanda PTIK			- kesadaran pasien strupor - GCS 3X3 - SpO2 98 % - Frekuensi Nafas 18 <sup>x</sup> /menit	
1,2	07.30	- Memonitoring kesadaran pasien cairan serebrospinal	<b>Nanda</b>		- Nadi 82x/menit - Suhu : 36 °C	
1,2	08.00	- Monitoring MAP	<b>Nanda</b>		- Pola nafas reguler - Refleks neurologis baik	
1,2	08.15				A : Masalah belum teratasi	
3	09.00	- Memberikan pasien posisi head up bed 15° - Mengubah posisi pasien miring kanan dan menilai ROM pasien	<b>Nanda</b> <b>Nanda</b>		P : Intervensi dilanjutkan : - Monitor MAP - Monitor gelombang ICP - Monitor status pernapasan - Monitor intake dan output cairan - Monitor cairan serebro spinalis	
		3333   2222 3333   2222				

1,2	10.00	- Mengukur intake dan output pasien	<b>Nanda</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan posisi head up bed 30°</li> <li>- Hindari valsava manuver</li> <li>- Cegah terjadinya kejang</li> <li>- Hindari penggunaan PEEP</li> <li>- Hindari pemberian cairan IV hipotonik</li> <li>- Pertahankan suhu tubuh normal</li> <li>- Kolaborasi pemberian anti konvulsan</li> <li>- Kolaborasi pemberian diuretik osmosis</li> </ul>	
1,2	11.00	- Mengukur kesadaran pasien GCS 4X3	<b>Nanda</b>			
1,2,3	11.30	- Mengukur tanda-tanda vital pasien Tekanan Darah : 140/80 mmHg, Nadi : 88x/menit, RR : 18x/Menit Suhu : 36,4 C	<b>Nanda</b>			
1,2,3	12.00	- Memberikan makanan pasien enteral MLP 1x100	<b>Nanda</b>		<b>Diagnosa Keperawatan 2</b>	
1,2,3	13.30	- Timbang terima dengan dinas sore	<b>Nanda</b>		<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kesadaran pasien somnolen</li> <li>GCS 4X3</li> <li>- SpO2 98 %</li> <li>- Frekuensi Nafas 18<sup>x</sup>/menit</li> <li>- Nadi 72x/menit</li> <li>- Suhu : 36 °C</li> </ul>	<b>Nanda</b>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- ROM :</li> <li style="padding-left: 20px;">3333   2222</li> <li style="padding-left: 20px;">3333   2222</li> <li>- Refleks neurologis baik</li> <li>- Rentang gerak terbatas</li> <li>A : Masalah belum teratasi</li> <li>P : Intervensi dilanjutkan :</li> <li style="padding-left: 20px;">- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li style="padding-left: 20px;">- Latih ROM pasif aktif 2x sehari</li> </ul> <p><b>Diagnosa Keperawatan 3</b></p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kesadaran pasien somnolen</li> <li style="padding-left: 20px;">GCS 4X3</li> <li>- SpO2 98 %</li> <li>- Frekuensi Nafas 18<sup>x</sup>/menit</li> <li>- Nadi 72x/menit</li> <li>- Suhu : 36 °C</li> </ul>	
--	--	--	--	--	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral dingin</li> <li>- Tidak ada penonjolan tulang</li> <li>- Tidak ad dekubitus</li> <li>- Turgor kulit kering</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>1) Miringkan pasien kekanan/kekiri tiap 4 jam</li> </ul>	<b>Wanda</b>
--	--	--	--	--	---	--------------

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antar tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis CVA *Bleeding* di ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya serta menyertakan literatur untuk memperkuat alasan tersebut. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalahmasalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Sinulingga, 2009). Pengkajian pada kasus didapatkan data bahwa pasien adalah seorang laki-laki berusia 61 tahun. Menurut Sofyan, Sihombing, & Hamra (2015), usia diatas 40 tahun beresiko tinggi mengalami stroke. Kemudian ia juga berpendapat bahwa laki-laki lebih tinggi beresiko dibanding pria dikarenakan pola hidup yang kurang baik seperti kebiasaan merokok dan mengkonsumsi alkohol. Sebagian besar pasien yang memiliki resiko terkena stroke adalah berjenis kelamin perempuan sebanyak 81,25% dengan usia diatas 50 tahun sebanyak 54,17% (Dinata, Safrita,

& Sastri, 2013). Faktor resiko tertinggi pada stroke hemoragic adalah penyakit hipertensi. Menurut Abramson (2018) Hal ini dikarenakan gaya hidup tidak sehat seperti aktivitas fisik, stres, pola makan seperti makan makanan yang berlemak tinggi, asin, tinggi karbohidrat, kurang makan sayur dan buah-buahan adalah sebagai penyumbang utama terjadinya hipertensi (Batmaro, Hondo, & Malinti, 2019).

#### **4.1.1 Riwayat Kesehatan**

##### **1. Keluhan Utama**

Keluhan utama pada Tn. S pada saat CVA *Bleeding* adalah tidak dapat terkaji dikarenakan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan nilai GCS 324. Data objektif pasien didapatkan pasien tidak bisa berdiri setelah terbentur, pasien lemah disertai mual muntah sebanyak 3x, pasien mengalami penurunan kesadaran somnolen dengan GCS E3V2M4. Menurut penulis penurunan kesadaran disebabkan karena adanya gangguan pada otak atau dikarenakan kematian sel-sel otak karena perfusi serebrl yang tidak adekuat.

Dari hasil pengkajian dan teori menurut Tarwoto (2013) sesuai yakni keluhan yang biasa di dapatkan pada pasien dengan CVA adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak setelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran. menurut penulis kesadaran menurun di sebabkan karena terganggunya pada system saraf yang diakibatkan penyumbatan pembuluh darah.

Penurunan kesadaran yang terjadi pada Tn. S diakibatkan karena aliran darah ke otak mengalami penurunan. Hal ini sesuai penelitian dari Ariani (2012) dalam Hasan (2018) dalam penelitiannya tersebut mengatakan apabila pembuluh

darah otak pecah, maka timbulah perdarahan otak dan apabila pembuluh darah otak menyempit, maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian sehingga akan mengalami penurunan kesadaran.

## 2. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit pasien ditemukan pada tanggal 17 Juli 2020, pasien dibawa ke IGD atas rujukan dari Rumah Sakit Royal Surabaya dengan penurunan kesadaran somnolen GCS E3V2M4, pasien tiba-tiba tidak bisa berdiri, badan lemas sudah 1 hari lalu disertai mual muntah sebanyak 3x setelah pasien jatuh dan terbentur dinding. Menurut penulis keadaan pasien yang secara tiba-tiba mengalami kelemahan/ kelumpuhan mendadak dikarenakan adanya perdarahan dalam otak pasien sehingga aliran oksigen ke otak terganggu dan otomatis akan mengganggu fungsi dari otak tersebut. Hal ini sesuai seperti yang dijelaskan menurut Tarwoto (2013) Serangan stroke hemoragik biasanya berlangsung sangat mendadak pada saat aktivitas maupun tidak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan atau gangguan fungsi otak yang lain. Periode hilangnya kesadaran sesaat berarti hilangnya kesadaran intermiten dan muncul secara mendadak dari pasien yang sebelumnya telah sadar penuh. Hal ini terdapat pasien dengan penyakit kardiovaskular dengan penurunan aliran darah ke otak secara akut (syncope) ataupun gangguan aktivitas elektrik pada otak (kejang) (Tahir, 2019).

Pasien yang datang ke IGD biasanya dengan kondisi penurunan kesadaran tandanya adanya gangguan pada perfusi serebralnya. Hal ini dibenarkan oleh WHO (2011) dalam Darotin, Nurdiana, & Nasution (2017) yang mengatakan jika pasien datang ke IGD dalam kondisi penurunan kesadaran maka itu merupakan

tanda awal pembuluh darah di otak telah pecah atau mengalami kebocoran sehingga dapat menyebabkan fungsi kontrol otak dan jaringan sel otak mengalami kerusakan akibat darah yang menggenang menutupi ruang di jaringan sel otak. Kondisi ini dapat menjadi fatal bahkan bisa menyebabkan mortalitas apabila genangan darah masuk ke subarachnoid.

### 3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mempunyai riwayat stroke, hipertensi, dan diabetes mellitus sejak 3 tahun lalu akan tetapi pasien jarang minum obat. Pada tanggal 17 Juli 2020 pasien mengalami penurunan kesadaran, lemah separu badan dan pelo dan dirujuk dari Rumah Sakit Royal Surabaya ke RSAL Dr. Ramelan Surabaya. Menurut (Tarwoto, 2013) Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama. Penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilator obat-obat adiktif dan kegemukan. Menurut penulis pasien ini mengalami Diabetes Melitus yang tidak terkontrol. Pada pasien diabetes melitus, risiko terjadinya stroke meningkat 2x lipat dibanding tanpa diabteras. Hal ini dikarenakan peningkatan gula darah dapat meningkatkan risiko atherosklerosis dan juga risiko stroke lainnya seperti hipertensi, obesitas, dan hyperlipidemia (Dinata et al., 2013).

Penelitian dari Zacharia mengatakan 54,7% penderita stroke hemoragik akibat stress hiperglikemia dan rata-rata kadar gula darh puasa pasien lebih tinggi. Penelitian tersebut berbeda dengan penelitian yang dilakukan Demchuk (1999) dalam Darotin et al. (2017) yaitu baik pada hiperglikemia reaktif maupun pada diabetes melitus, menyebabkan asidosis intraselular yang berakibat kerusakan neuron, jaringan glial dan jaringan vaskular, sehingga hiperglikemia berhubungan

dengan outcome yang lebih buruk pada pasien stroke hemoragik yaitu mortalitas. Oleh karena itu mempertahankan kondisi normoglikemia menjadi bagian yang penting dalam penatalaksanaan stroke. Kadar gula darah diusahakan secepat mungkin dikontrol dalam rentang 100-150 mg/ dL. Sedangkan untuk penderita diabetes mellitus, disarankan target gula darah antara 100-200 mg/dL (Darotin et al., 2017)

#### **4.1.2 Pemeriksaan Persistem**

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

Pengkajian yang didapatkan pada Tn. S bentuk dada pasien normochest, pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu nafas, tidak terpasang alat bantu pernafasan, RR : 12 x/ menit, irama nafas regular, suara nafas vesikuler, tidak ada tarikan dinding dada, tidak ada ronkhi (-/-), wheezing (-/-), tidak ada batuk, tidak ada sputum, terdengar suara sonor saat diperkusi, vocal fremitus tidak dapat terkaji karena pasien terbaring. Terpasang oksigen masker non rebreathing 6 Lpm, SpO<sub>2</sub> 100%. Pasien mengalami bradipnea. Menurut penulis terjadinya bradipnea pada pasien dikarenakan adanya hemoragik yang meluas sampai batang otak. Hal ini sesuai dengan Raisa (2014), akibat dari pecahnya pembuluh darah otak diawali dengan peningkatan tekanan darah sistole. Mengakibatkan terjadinya aneurisma. Aneurisma merupakan pecahnya pembuluh darah, menyebabkan keluarnya darah ke jaringan parenkim otak ruang cairan serebrospinalis di otak atau kombinasi keduanya. Perdarahan tersebut menyebabkan gangguan serabut saraf otak melalui penekanan struktur otak. Peningkatan tekanan intrakranial akan menimbulkan herniasi jaringan otak dan menekan batang otak. Akibat dari tertekannya batang otak ini mengakibatkan terganggunya system pernafasan pada saraf kranial yang

mengatur kontraksi diafragma (Hudak & Gallo, 2012). Sehingga pasien stroke pertolongan pertama *airway* dan *breathing* harus paten.

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

Pada pengkajian pemeriksaan sirkulasi Tn. S didapatkan hasil sebagai berikut bunyi jantung S1 S2 tunggal, gallop tidak ada, murmur tidak ada, CRT < 2 detik, ictus cordis tidak terlihat saat inspeksi tapi teraba saat palpasi, tidak ada nyeri dada, tidak terdapat pembesaran jantung, tidak ada sianosis, tidak ditemukan oedema ekstermitas, akral dingin, tidak ada pembesaran vena jugularis, tekanan darah : 187/96 mmHg, Nadi 75 x/menit. Pada pemeriksaan perkusi jantung didapatkan batas jantung yang normal yaitu batas kanan atas di intercostal 2 linea para sternalis *dextra*, batas kanan bawah di intercostal ke-4 linea para sternalis *dextra*, batas kiri atas di septum intercostal ke-2 linea para sternalis *sinistra*, batas kiri bawah di intercostal ke-4 *linea media clavicularis sinistra*. Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada pasien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg) (Tarwoto, 2013). Menurut penulis Tn. S belum mengalami syok hipovolemik, tetapi sudah mengarah ke resiko dengan ditemukaannya RR menurun, akral dingin, dan MAP 126,3 mmHg yang termasuk stadium hipertensi sedang. Sebuah penelitian mengatakan syok hipovolemik dapat disebabkan oleh kehilangan volume massive yang disebabkan oleh: perdarahan gastro intestinal, internal dan eksternal hemoragi, atau kondisi yang menurunkan volume sirkulasi intravascular atau cairan tubuh lain, intestinal obstruction, peritonitis, acute pancreatitis, ascites, dehidrasi dari excessive perspiration, diare berat atau muntah, diabetes insipidus, diuresis, atau intake cairan yang tidak

adekuat. Kemungkinan besar yang dapat mengancam nyawa pada syok hipovolemik berasal dari penurunan volume darah intravascular, yang menyebabkan penurunan cardiac output dan tidak adekuatnya perfusi jaringan. Kemudian jaringan yang anoxia mendorong perubahan metabolisme dalam sel berubah dari aerob menjadi anaerob. Hal ini menyebabkan akumulasi asam laktat yang menyebabkan asidosis metabolic. Pasien dengan hipotensi dan/atau kondisi tidak stabil harus pertama kali diresusitasi secara adekuat. Penanganan ini lebih utama daripada pemeriksaan radiologi dan menjadi intervensi segera dan membawa pasien cepat ke ruang operasi. Langkah diagnosis pasien dengan trauma, dan tanda serta gejala hipovolemia langsung dapat ditemukan kehilangan darah pada sumber perdarahan

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

Saat pengkajian kesadaran pasien somnolen dengan GCS E4V1M3., reflek cahaya segala arah, pupil isokor 3 mm/3 mm. Reflek Fisiologis : Patela +/+ , reflek biologis : Babinsky: -/- , Refleks chaddock -/-, reflek girdon -/-. Nervus Kranial Saat dilakukan pengkajian persarafan didapatkan kelemahan fisik pada ekstermitas atas dan bawah bagian kanan dan kiri dominan kelemahan kiri. Nervus Olfaktorius (N.I) tidak terkaji. Nervus Opticus (N.II) tidak terkaji. Nervus Okulomotorius (N.III) tidak terkaji. Nervus Trochlearis (N.IV) tidak terkaji. Nervus Trigeminus (N.V) tidak ada masalah pasien mampu merasakan sentuhan. Nervus Abducens (N.VI) tidak terkaji pasien mengalami penurunan kesadaran. Nervus Fasialis (N.VII) pasien mampu mengangkat kedua alisnya. Nervus Akustikus (N.VIII) fungsi pendengaran baik. Nervus Glosfaringeus (N.IX) pasien mengalami kelemahan dalam menelan, pasien tidak mampu berbicara. Nervus Vagus (N.X) tidak terkaji karena mengalami

penurunan kesadaran. Nervus Asesorius ( N.XI) tidak terkaji. Nervus Hipoglosus (N.XII) pasien muntah. hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan stroke akan menyebabkan defisit neurologi tergantung pada lokasi lesi, atau area perdarahannya (Ariani, 2012). Menurut penulis pada pasien terjadi kelemahan di beberapa bagian tubuh dikarenakan sistem saraf pusat yang mengendalikan yakni otak mengalami gangguan dikarenakan suplai darah dan oksigen yang terganggu. Menurut *World Health Organisation* (WHO) adalah terjadinya defisit neurologis mendadak (bukan perlahan), yang menetap lebih dari 24 jam dan disebabkan oleh faktor pembuluh darah atau sirkulasi, yaitu adanya penyumbatan atau pendarahan pada pembuluh darah

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

Pada pemeriksaan perkemihan didapatkan inspeksi pasien terpasang folley kateter sejak tanggal 17 Juli 2020 di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Produksi urine 2000 ml dalam 6 jam, tidak ada retensi ataupun inkontinensia urine, warna urin kuning jernih, aliran lancar. Saat palpasi tidak teraba adanya distensi kandung dan tidak ada nyeri tekan. Menurut penulis pada pasien stroke sering terjadi gangguan eliminasi urine dikarenakan saraf yang mempersyarafi tersebut terganggu, namun dalam hal ini pasien sudah dipasang kateter sehingga kebutuhan eliminasi urin pasien terpenuhi. Hal ini sesuai dengan teori yang sudah dijelaskan bahwa pasien stroke mungkin mengalami inkontinensia urine 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 maka dari itu pemasangan kateter wajib dilakukan, selain untuk membantu eliminasi pasien

dapat juga digunakan untuk mengobservasi balance cairan pasien sebagai bentuk monitor terhadap adanya edema atau kelebihan volume pasien. Seperti yang dijelaskan oleh dokter spesialis syaraf dalam penelitiannya ia mengatakan Setiap kondisi yang menyebabkan kerusakan atau mengganggu saraf yang mengendalikan kandung kemih atau saluran keluarnya bisa menyebabkan neurogenic bladder. Beberapa penyebab dari neurogenic bladder ini antara lain penyakit infeksius yang akut seperti mielitis transversal, kelainan serebral (stroke, tumor otak, penyakit Parkinson, multiple sklerosis, demensia), alkoholisme kronis, penyakit kolagen seperti SLE, keracunan logam berat, herpes zoster, gangguan metabolik, penyakit atau trauma pada medulla spinalis dan penyakit vaskuler (Tamasse, 2013).

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

Pada pengkajian sistem pencernaan saat inspeksi didapatkan mukosa bibir kering, mulut kotor, nafas bau, badan lembab dan bau tidak sedap, tidak ada perdarahan pada mulut dan gusi. Bentuk abdomen pasien datar dan tidak ada pembesaran abdomen/ asites. Pasien terpasang NGT, pasien mendapatkan diet nutrisi MLP 6x 100 cc. Saat auskultasi didapatkan bising usus 12x/menit dan saat diperkusi terdengar suara timpani. Saat palpasi tidak ada nyeri tekan, tidak ada hematomegali, atau spleenomegali. Menurut penulis nutrisi pasien stroke harus tetap terpenuhi tetapi kebanyakan pasien stroke mengalami gangguan menelan sehingga untuk makan harus dibantu dengan menggunakan alat agar tidak terjadi aspirasi yang sangat berbahaya untuk pernafasannya seperti NGT. Sesuai dengan teori yakni tujuan dari pemenuhan nutrisi dari pasien stroke adalah mempertahankan energi dan nutrisi yang adekuat karena disfagia, penurunan kesadaran akan mempersulit

asupan nutrisi pasien. Asupan nutrisi akan diberikan secara parenteral yakni dengan melalui infus dan pemberian melalui NGT (Suwita, 2014)

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

Pada pengkajian muskuloskeletal didapatkan kekuatan otot ekstermitas atas 3333/ 2222, dan ekstermitas bawah 3333/ 2222. Karena pasien mengalami hemiplegia atau kelemahan. Pada pemeriksaan kulit tidak terdapat luka combustion, dan juga luka decubitus. Pada saat inspeksi tidak terlihat adanya benjolan dan lesi pada area kulit, pasien bedrest total. Saat dilakukan palpasi didapatkan turgor kulit elastis, tidak ada edema. Pasien terbaring di tempat tidur, kedua tangan diikat di tempat tidur. Menurut penulis secara teori pada kulit pasien stroke, jika pasien kekurangan O<sub>2</sub> kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena pasien 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. Teori ini sejalan dengan penelitian dari Sukmaningrum (2012) ia menjelaskann bahwa salah satu dampak yang terjadi pada pasien stroke adalah mengalami kelemahan di salah satu sisi tubuh. Kelemahan ini bisa menimbulkan ketidakseimbangan dan kesulitan saat berjalan karena penurunan kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak.

#### 4.2 **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai respon individu, keluarga, ataumasyarakat yang diperoleh melalui proses pengumpulan data terhadap masalahkesehatan yang aktual maupun potensial guna menjaga status

kesehatan (Panjaitan, 2010). Diagnosa keperawatab yang muncul pada Tn. S muncul 5 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak
2. Potensial Komplikasi Peningkatan Tekanan Intrakranial berhubungan dengan adanya gangguan sirkulasi ke otak
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
5. Risiko gangguan integritas kulit/ jaringan ditandai dengan imobilisasi atau pasien bed rest total.

Dari lima diagnosa kepearawatan pada tinjauna puastaka tidak semua ada pada tinjauan kasus. Terdapat tiga diagnosa yang muncul pada tinjauan pustakan dan tinjauan kasus yaitu :

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak

Rasional :

Dalam pengkajian pasien data sesuai dengan SDKI, (2016) Domain 0017 halaman 51 dengan data faktor resiko pasien mempunyai riwayat stroke serta hipertensi dengan nilai MAP = 126,3 mmHg (Stadium 2 Hipertensi Sedang) serta mengalami pnurunan kesadaran dengan tingkat kesadaran somnolen setelah jatuh dan kepalanya tebentur dinding. Selain itu dari hasil pengkajian sistem neurologis pasien didapatkan hemiplegi atau kelemahan pada tubuhnya. Menurut penulis penurunan kesadaran yang terjadi pada Tn. S diakibatkan karena aliran darah ke otak mengalami penurunan. Hal ini sesuai penelitian dari Ariani (2012) dalam

Hasan (2018) mengatakan apabila pembuluh darah otak pecah, maka timbulah perdarahan otak dan apabila pembuluh darah otak menyempit, maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian sehingga akan mengalami penurunan kesadaran.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Rasional :

Dalam pengkajian neurologis didapatkan data sesuai dengan SDKI, (2016) Domain 0054 halaman 124 dengan data yakni kekuatan otot pasien menurun, Rentang ROM menurun dengan hasil pengkajian ROM ekstermitas atas 3333/2222, dan ekstermitas bawah 3333/ 2222 , gerakan terbatas dengan kedua tangan pasien diikat, dan fisik pasien lemah. Menurut penulis salah satu dampak yang terjadi pada pasien stroke adalah mengalami kelemahan di salah satu sisi tubuh. Kelemahan ini bisa menimbulkan ketidakseimbangan dan kesulitan saat berjalan karena penurunan kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak (Sukmaningrum, 2012)

3. Risiko gangguan integritas kulit/ jaringan ditandai dengan imobilisasi atau pasien bed rest total

Rasional :

Dalam pengkajian neurologis didapatkan data sesuai dengan SDKI, (2016) Domain 0139 halaman 300 dengan data faktor resiko yakni pasien imobilisasi, pasien bed rest total dan hanya mampu berbaring saja dan tangan pasien diikat sehingga resiko mengalami penekanan tulang selama bed rest dan gesekan dari tali yang mengikat tangan pasien. Menurut penulis ulkus atau lesi bisa terjadi jika terjadi penekanan terlalu lama karena imobilisasi seperti pada Tn. S. Ulkus dekubitus

biasanya dijumpai pada orang-orang yang dirawat di tempat tidur atau mengalami penurunan mobilitas termasuk salah satunya pasien stroke (Faridah, Sukarmin, & Murtini, 2019).

Sedangkan diagnose keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka tapi muncul pada kasus yaitu :

1. Potensial Komplikasi Peningkatan Tekanan Intrakranial berhubungan dengan adanya gangguan sirkulasi ke otak

Rasional :

Dalam pengkajian neurologis didapatkan data sesuai dengan Wilkinson (2016) halaman 502 tentang potensial komplikasi (masalah kolaboratif) dengan data yakni pasien mengalami penurunan kesadaran, bradipneua, hipertensi, muntah serta mengalami penurunan neurologis menurut penuli data yang ditemukan ini mengarah ke kejadian komplikasi yakni peningkatan tekanan intrakranial. Pada perdarahan intraserebral, sebagian besar terjadi edema sitotoksik. Hal ini berhubungan dengan ukuran hematoma, bukan karena beratnya hipoperfusi. Edema sitotoksik perihematoma mungkin berhubungan dengan akumulasi faktor sitotoksik seperti trombin atau zat besi. Darah di subaraknoid menyebabkan vasospasme yang akan meningkatkan resistensi serebrovaskuler, menurunkan aliran darah serebri meskipun tekanan perfusi serebri normal. Tekanan intrakranial akan terus meningkat, sehingga membahayakan tekanan perfusi serebri. Tekanan perfusi serebri akan nol jika tekanan intrakranium sama dengan rata-rata arteri. Otak menjadi iskemik disertai kerusakan neurologis ireversibel. Kematian otak terjadi saat tekanan intrakranial sama dengan tekanan arteri (Affandi & Panggabean, 2016).

## 2. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Rasional :

Dalam pengkajian neurologis didapatkan data sesuai dengan SDKI, (2016) Domain 0109 halaman 240 dengan data yakni pasien tidak mampu melakukan perawatan mandiri seperti mandi, hal ini dibuktikan dengan saat pengkajian ditemukan data bahwa mukosa bibir pasien kering, mulut tampak kotor, nafas bau, badan lembab, dan bau tidak sedap. Menurut penulis hal ini terjadi dikarenakan pasien yang tidak mampu merawat dirinya sendiri erta ketidakmampuan tubuh menjaga kelembapan. Self care deficit adalah keadaan dimana berkurangnya kemampuan dalam merawat dirinya sendiri dan harus dengan bantuan hal ini bisa disebabkan oleh penurunan kemampuan merawat diri seperti pada Tn.S in. (Syairi, 2013)

Sedangkan diagnose keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka tapi tidak muncul pada kasus yaitu :

Resiko Aspirasi ditandai dengan penurunan kesadaran, gangguan menelan, disfagia, dan kerusakan mobilitas fisik. Rasionalnya adalah karena Tn. S sudah terpasang NGT sehingga penulis tidak perlu mengangkat diagnosa keperawatan ini. Stroke juga dapat memengaruhi perilaku makan pasien melalui perubahan kognitif serta gangguan sensori. Halhal tersebut dapat mengakibatkan penurunan status gizi pada pasien stroke. Untuk mencegah penurunan status gizi dan mencapai gizi yang optimal, diperlukan penatalaksanaan asupan gizi yang tepat pada penderita stroke salah satunya dengan pemasangan NGT (Zainoel, 2017).

### **4.3 Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan merupakan suatu penyusunan tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk menanggulangi masalah sesuai diagnosa keperawatan

(Dermawan, 2012). Pada perencanaan terdapat tujuan dan kriteria hasil diharapkan dapat sesuai dengan sasaran yang diharapkan terhadap kondisi pasien. Pada perumusan tujuan antara pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensiya dengan rasional sesuai intervensi tindakan.

1. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak

Tujuan dari perencanaan diagnosa setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam perfusi serebral pasien meningkat dengan kriteria hasil tingkat kesadaran meningkat, tekanan intrakranial menurun, nilai MAP membaik, kesadaran membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik, refleks saraf membaik. Menurut penulis perfusi serebral adalah sirkulasi darah ke otak. Jika di otak terjadi *bleeding* maka akan mengganggu perfusi jaringan otak karena terdapat edema sitotoksik dan menimbulkan hematoma yang akan mengakibatkan iskemi. Pada perdarahan intraserebral, sebagian besar terjadi edema sitotoksik. Hal ini berhubungan dengan ukuran hematom, bukan karena beratnya hipoperfusi. Edema sitotoksik perihematom mungkin berhubungan dengan akumulasi faktor sitotoksik seperti trombin atau zat besi (Affandi & Panggabean, 2016)

Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan ini antara lain adalah (a) identifikasi penyebab peningkatan TIK untuk mengetahui penyebab utama dan mengatasi masalah utama tersebut (b) monitor tanda gejala PTIK untuk mengetahui prognosis penyakit (c) monitor MAP untuk mengetahui bagaiman

kondisi jantung dalam memompa darah ke seluruh tubuh termasuk otak (d) monitor gelombang ICP untuk mengetahui aktivitas tekanan pada otak (e) monitor status pernafasan untuk mengobservasi tanda-tanda trias cushing pada PTIK yakni bradipnea (f) monitor intake dan output cairan pasien untuk mengukur balance cairan pasien (g) monitor CPP untuk mengetahui tercapai atau tidaknya perfusi otak begitu juga oksigenasi ke otak (h) monitor cairan serebro spinalis untuk mrngetahui cairan yang ada dalam otak (i) berikan posisi head up bed 30° untuk mengurangi tekanan dan nyeri kepala (j) mencegah terjadinya kejang untuk megetahui tanda aliran darah yang baik atau buruj ke otak (k) mempertahankan suhu normal rasionalnya suhu tubuh tinggi dapat memicu demam (l) kolaborasi pemberian diuretik osmosis untuk mengurangi edema otak karena cairan atau darah (m) kolaborasi pelunak tinja bila perlu untuk menghindari pasien mengejan.

## 2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Tujuan dari perencanaan diagnosa setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam mobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, ROM meningkat, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Menurut penulis dengan latihan mobilitas di tempat tidur akan membantu meningkatkan skala kekuatan otot pasien. latihan Range of Motion (ROM) dapat meningkatkan fleksibilitas dan luas gerak sendi pada pasien stroke. Latihan ROM dapat menimbulkan rangsangan sehingga meningkatkan aktivitas dari kimiawi neuromuskuler dan muskuler (Rahayu, 2015).

Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan ini antara lain adalah (a) identifikasi tingkat kesadaran pasien untuk mengetahui toleransi pasien (b) monitor tekanan darah dan nadi sebelum mobilisasi mengetahui kemampuan fisik pasien

dalam mobilisasi (c) bantu pasien untuk melakukan mobilisasi miring kanan miring kiri atau latihan ROM pasif aktif untuk mencegah kekakuan sendi dan otot pasien (d) kolaborasi dengan fisioterapi untuk memberikan terapi yang tepat pada pasien.

3. Risiko Gangguan Integritas Jaringan Kulit Jaringan ditandai dengan penurunan mobilisasi

Tujuan dari perencanaan diagnosa setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam integritas kulit dan jaringan pasien meningkat dengan kriteria hasil Hidrasi meningkat, Perfusi jaringan meningkat, tekstur kulit membaik. Menurut penulis tirah baring yang lama membuat suhu kulit jadi tinggi sehingga ketika terkena gesekan akan menimbulkan luka atau lesi. Imobilisasi adalah faktor resiko yang paling signifikan menyebabkan luka tekan (Elysabeth et al., 2008)

Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan ini antara lain adalah (a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit untuk mengetahui faktor resiko penyebab kerusakan kulit/ jaringan (b) Lakukan pemijatan pada daerah penonjolan tulang untuk melancarkan aliran darah pada daerah penonjolan tulang (c) Ubah posisi tiap 2 jam tirah baring untk menghindari penekanan berlebihan pada pasien bed rest (d) Berikan lotion atau pelembab untuk menjaga kelembapan kulit (e) Berikan asupan minum dan nutrisi yang cukup untuk menjaga hidrasi kulit pasien.

#### **4.4 Pelaksanaan Keperawatan**

Implementasi adalah suatu kegiatan yang terencana, bukan hanya suatu aktifitas dan dilakukan secara sungguh-sungguh berdasarkan acuan norma-norma tertentu untuk mencapai tujuan kegiatan.

1. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak,

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien adalah dengan pemantauan tanda-tanda PTIK kita mengetahui nilai CPP yang sangat penting untuk mengetahui perfusi pada otak tersebut (Kayana, I. B., Maliawan, Sri., Kawiya, 2016). Nilai normal CPP adalah 80 mmHg. Cara hitung CPP adalah  $CPP = \text{tekanan masuk arteri} - \text{tekanan keluar vena}$  atau  $CPP = MAP - ICP$  (Affandi & Panggabean, 2016). Jika pasien terindikasi mengalami PTIK maka tindakan yang dilakukan adalah memberikan pasien posisi *head up bed* atau memposisikan pasien kepala pasien elevasi 30°. Menurut penulis elevasi kepala 15-30° baik untuk menurunkan nyeri kepala pasien. Hal ini sesuai dengan penelitian dari Supadi (2011) hasil penelitian ini mengindikasikan bahwa elevasi posisi kepala 30° dapat menghambat aliran darah serebral ke otak pada pasien dengan stroke hemoragik. Hal ini ditunjukkan dari tidak ditemukannya TIK pada sebagian pasien. Walaupun elevasi kepala 30° menunjukkan perbaikan pada sebagian pasien, namun posisi ini hanya bermanfaat pada pasien yang mengalami TIK. Namun perlu kewaspadaan bagi petugas kesehatan bila menemui pasien yang menunjukkan TIK normal pada awal gejala stroke, mengingat perdarahan dapat terjadi 3-5 hari setelah awal serangan.

Cara untuk melakukan *head up bed* pada pasien sendiri adalah dengan meletakkan posisi pasien dalam keadaan terlentang kemudian mengatur posisi kepala lebih tinggi dan tubuh dalam keadaan datar kemudian kaki dalam keadaan lurus dan tidak fleksi dan terakhir mengatur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 30 derajat. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengaturan posisi *head up* 30 derajat adalah fleksi, ekstensi dan rotasi kepala akan menghambat venous

return sehingga akan meningkatkan tekanan perfusi serebral yang akan berpengaruh pada peningkatan TIK (Arif & Atika, 2019).

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien adalah monitoring vital sign sebelum dan sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan, kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, ajarkan keluarga dan pasien tentang latihan range of motion (ROM), dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi, ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan, bantu pasien memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien mengenai pentingnya melakukan range of motion (ROM). Menurut penulis salah satu rehabilitasi yang dapat diberikan pada penderita stroke adalah latihan rentang gerak atau Range Of Motion (ROM). Pasien setelah diberikan latihan ROM aktif pasif terdapat peningkatan kekuatan otot ekstremitas (Sukmaningrum, 2012).

ROM bisa dilakukan 1-2x hari dengan cara (a) Leher : tekuk kepala kebawah dan keatas lalu menoleh kesamping kanan dan kiri (b) Lengan/pundak : angkat tangan keatas lalu kembali ke bawah, setelah itu ke samping dan ke bawah lagi (c) Siku : dengan menekuk lengan, gerakan lengan ke atas dan kebawah (d) Pergelangan tangan : tekuk pergelangan tangan kedalam dan keluar lalu samping kiri dan kanan (e) Jari : tangan tekuk keempat jari tangan ke arah dalam lalu regangkan kembali, kepalkan seluruh jari lalu buka. Tekuk tiap jari satu persatu (f) Lutut : angkat kaki keatas lalu lutut ditekuk kemudian diturunkan lagi, gerakan kaki ke samping kanan dan kiri lalu putar kearah dalam dan luar (g) Pergelangan kaki : tekuk pergelangan kaki keatas lalu luruskan. Tekuk jari kaki ke atas dan kebawah

(h) Jika mampu berdiri lakukan gerakan badan membungkuk kemudian putar pinggang ke samping kanan dan kiri

3. Risiko Gangguan Integritas Jaringan Kulit Jaringan berhubungan dengan penurunan mobilisasi

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien adalah memberi lotion, memberikan hidrasi yang cukup, dan mengubah posisi tiap 2 jam sekali. Posisi miring yaitu posisi lateral diantara pinggul dan tempat tidur yang disertai penggunaan bantal pada daerah diantara lutut kanan dan lutut kiri, diantara mata kaki, dibelakang punggung, serta dibawah kepala untuk mencegah terjadinya dekubitus. Menurut penulis posisi tubuh lateral dengan sudut maximum  $30^{\circ}$  bermanfaat mencegah kulit dari gesekan (friction) dan perobekan jaringan (shear). Gesekan akan mengakibatkan abrasi dan merusak permukaan epidermis kulit, sedangkan perobekan jaringan bisa mengakibatkan oklusi dari pembuluh darah, serta kerusakan pada jaringan bagian dalam seperti otot yang sering dekubitus. Dekubitus biasanya dialami pasien yang mengalami tirah baring terlalu lama seperti penderita stroke (Faridah et al., 2019).

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011).

1. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24

jam perfusi serebral pasien meningkat dengan tingkat kesadaran meningkat GCS 4X3, nilai MAP membaik 100 mmHg, tekanan darah sistolik membaik 140 mmHg, tekanan darah diastolik membaik 80 mmHg. Masalah teratasi sebagian pada tanggal 21 Juli 2020, pasien menunjukkan perubahan GCS menjadi 4X3. Intervensi yang akan tetap dilanjutkan (a) identifikasi penyebab peningkatan TIK untuk mengetahui penyebab utama dan mengatasi masalah utama tersebut (b) monitor tanda gejala PTIK untuk mengetahui prognosis penyakit (c) monitor MAP untuk mengetahui bagaimana kondisi jantung dalam memompa darah ke seluruh tubuh termasuk otak (d) monitor gelombang ICP untuk mengetahui aktivitas tekanan pada otak (e) monitor status pernafasan untuk mengobservasi tanda-tanda trias cushing pada PTIK yakni bradipnea (f) monitor intake dan output cairan pasien untuk mengukur balance cairan pasien (g) monitor CPP untuk mengetahui tercapai atau tidaknya perfusi otak begitu juga oksigenasi ke otak (h) monitor cairan serebro spinalis untuk mrngetahui cairan yang ada dalam otak (i) berikan posisi head up bed 30° untuk mengurangi tekanan dan nyeri kepala (j) mencegah terjadinya kejang untuk megetahui tanda aliran darah yang baik atau buruj ke otak (k) mempertahankan suhu normal rasionalnya suhu tubuh tinggi dapat memicu demam (l) kolaborasi pemberian diuretik osmosis untuk mengurangi edema otak karena cairan atau darah (m) kolaborasi pelunak tinja bila perlu untuk menghindari pasien mengejan.

## 2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 kekuatan otot pasien tetap tidak ada perubahan, ROM tetap tidak ada perubahan, gerakan pasien masih terbatas, masih terdapat kelemahan fisik. Masalah belum

teratasi sampai hari ketiga yakni tanggal 21 Juli 2020 dilakukan asuhan keperawatan, hal ini mungkin dikarenakan pasien masih dalam tingkat kesadaran somnolen dan tidak memiliki banyak energi untuk melakukan mobilisasi. Intervensi tetap dilanjutkan (a) identifikasi tingkat kesadaran pasien untuk mengetahui toleransi pasien (b) monitor tekanan darah dan nadi sebelum mobilisasi mengetahui kemampuan fisik pasien dalam mobilisasi (c) bantu pasien untuk melakukan mobilisasi miring kanan miring kiri atau latihan ROM pasif aktif untuk mencegah kekakuan sendi dan otot pasien (d) kolaborasi dengan fisioterapi untuk memberikan terapi yang tepat pada pasien.

3. Risiko Gangguan Integritas Jaringan Kulit Jaringan berhubungan dengan penurunan mobilisasi

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24. Turgor kulit pasien lembab, tidak ada penonjolan tulang, akral dingin, pergerakan pasien terbatas, tangan terikat tali. Sampai hari ketiga belum ditemukan masalah baru terkait integritas kulit pasien sehingga masalah tetap teratasi sebagian. Intervensi tetap dilanjutkan (a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit untuk mengetahui faktor resiko penyebab kerusakan kulit/ jaringan (b) Lakukan pemijatan pada daerah penonjolan tulang untuk melancarkan aliran darah pada daerah penonjolan tulang (c) Ubah posisi tiap 2 jam tirah baring untk menghindari penekanan berlebihan pada pasien bed rest (d) Berikan lotion atau pelembab untuk menjaga kelembapan kulit (e) Berikan asupan minum dan nutrisi yang cukup untuk menjaga hidrasi kulit pasien.

## BAB 5

### PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus CVA *Bleeding* di ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan dengan diagnosa CVA *Bleeding*.

#### 5.1 Simpulan

1. Pengkajian pada Tn. S pada pengkajian B3 di temukan pasien mengalami penurunan kesadaran, GCS 4X3, tekanan darah pasien meningkat 187/96 mmHg, pasien muntah 3x selama dirumah, pasien tampak lemah, dari data ini akhirnya penulis mengangkat masalah keperawatan risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif. Kemudian pada B6 ditemukan data kemampuan bergerak terbatas. ROM terbatas pada anggota tubuh bagian kiri, terdapt penurunan kekuatan otot kanan maupun kiri. ROM : 
$$\begin{array}{r|l} 3333 & 2222 \\ \hline 3333 & 2222 \end{array}$$
, pasien bed rest total, tidak ada penonjolan tulang sehingga penulis mengangkat diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik dan Risiko integritas kulit/ jaringan.
2. Masalah keperawatan yang muncul adalah risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan adanya gangguan aliran darah ke otak, gangguan mobilitas fisik, dan resiko gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan penurunan mobilisasi.

3. Rencana tindakan keperawatan yang terdapat dalam tinjauan pustaka tidak semua tercantum pada tinjauan kasus, tetapi disesuaikan dengan diagnosis dan etiologi dari masalah keperawatan tersebut. Rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat tidak semua dapat dilaksanakan. Pelaksanaan tindakan keperawatan menyesuaikan dengan kondisi pasien dan fasilitas yang menunjang.
4. Evaluasi dan analisis tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif juga teratasi sebagian, gangguan mobilitas fisik belum teratasi, risiko gangguan integritas kulit/jaringan teratasi sebagian.
5. Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan dalam tertulis yang diletakan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangan pada Tn.S.

## **5.2 Saran**

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

### **5.2.1 Bagi Rumah Sakit**

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan yaitu dengan memberikan kesempatan perawat untuk mengikuti pendidikan formal maupun informal, mengadakan pelatihan-pelatihan khususnya perawatan kritis yang diikuti oleh perawat khususnya semua perawat ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya mengenai perawatan pasien dengan kebutuhan *total care*, professional serta sikap *caring* bagi pasien.

### **5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Agar meningkatkan mutu pendidikan yang lebih berkualitas dan professional untuk menciptakan calon-calon perawat yang lebih professional, tanggung jawab, handal, ulet dan cerdas. Serta mampu memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan *CVA Bleeding*.

### **5.2.3 Bagi Perawat**

Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *CVA Bleeding*.

### **5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya**

Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya ilmiah akhir ini sebagai salah satu sumber data untuk penulisan selanjutnya dan dilakukan penulisan lebih lanjut mengenai perawatan *total care* pada pasien dengan *CVA Bleeding*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, I. G., & Panggabean, R. (2016). Pengelolaan Tekanan Tinggi Intrakranial Pada Stroke. *Cdk-238*, 43(3), 180–184.
- Ariani, T. A. (2012). *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta: Salemba Medika.
- Arif, H. K., & Atika, D. A. (2019). Pengaruh Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Nyeri Kepala Pada Pasien Cedera Kepala Ringan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 10(2), 417–422.
- Batmaro, R. K., Hondo, F., & Malinti, E. (2019). Hubungan Jenis Makanan Dan Tekanan Darah Wanita Dewasa Hipertensi. *Nutrix Journal*, 3(2), 38–51.
- Darotin, R., Nurdiana, & Nasution, T. H. (2017). Analisis Faktor Prediktor Mortalitas Stroke Hemoragik Di Rumah Sakit Daerah Dr. Soebandi Jember (Analysis Of Predictive Factors Of Mortality In Hemorrhagic Stroke Patients At Soebandi Hospital Jember). *Nurseline Journal*, 2(2), 9.
- Dinata, C. A., Safrita, Y. S., & Sastri, S. (2013). Gambaran Faktor Risiko Dan Tipe Stroke Pada Pasien Rawat Inap Di Bagian Penyakit Dalam Rsud Kabupaten Solok Selatan Periode 1 Januari 2010 - 31 Juni 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 2(2), 57. <https://doi.org/10.25077/jka.v2i2.119>
- Elysabeth, D., Arna, T., Tarihoran, U., Sitorus, R., Sukmarini, L., Ilmu, F., ... Indonesia, D. (2008). ( Non Blanchable Erythema ) Pada Klien Stroke Melalui Posisi Miring 30 Derajat, (2001), 15811.
- Faridah, U., Sukarmin, S., & Murtini, S. (2019). Pengaruh Posisi Miring Terhadap Dekubitus Pada Pasien Stroke Di Rsud Raa Soewondo Pati. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 10(1), 155. <https://doi.org/10.26751/jikk.v10i1.632>
- Hariyono, Y. (2010). *Evaluasi Pengobatan Pasien Stroke Rawat Inap Di Unit Stroke Rsud Banyumas Januari-April 2010*. Universitas Sanata Dharma.
- Hasan, A. K. (2018). Study Kasus Gangguan Perfusi Jaringan Serebral Dengan Penurunan Kesadaran Pada Klien Stroke Hemoragik Setelah Diberikan Posisi Kepala Elevasi 30 Derajat. *Babul Ilmi Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, 9(2). Retrieved From <http://www.jurnal.stikes-aisyiyah-palembang.ac.id/index.php/kep/article/view/135>
- Julianti, N. (2015). Haemorrhagic Stroke On Elderly Man With Uncontrolled Hypertension. *Agromed Unila*, 2(1), 32–38.
- Kayana, I. B., Maliawan, Sri., Kawiyan, I. K. S. (2016). Teknik Pemantauan Tekanan Intrakranial. *Teknik Pemantauan Tekanan Intrakranial*, 1–22.
- Kementerian Kesehatan RI Badan Penelitian Dan Pengembangan. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 1–100. <https://doi.org/10.26751/jikk.v10i1.632> 1 Desember 2013
- Mangastuti, R. S., Oetoro, B. J., & Sudadi. (2014). Penatalaksanaan Anestesi Pada

- Pasien Stroke Hemoragik Anesthetic Management In Patients With Hemorrhagic Stroke. *Jni*, 3(2), 80–87.
- Muttaqin, A. (2012). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nastiti, D. (2012). *Gambaran Faktor Risiko Kejadian Stroke Pada Pasien Stroke Rawat Inap Di Rs Krakatau Medika Tahun 2011*. Universitas Indonesia.
- Nurachmah, E., & Angriani, R. (2011). *Dasar-Dasar Anatomi Dan Fisiologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Panjaitan, S. K. A. (2010). *Perumusan Diagnosa Keperawatan*.
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., ... Tirschwell, D. L. (2018). *2018 Guidelines For The Early Management Of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline For Healthcare Professionals From The American Heart Association/American Stroke Association*. *Stroke* (Vol. 49). <https://doi.org/10.1161/Str.000000000000158>
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (Edisi 1)*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (Edisi 1)*. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (201). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (Edisi 1)*. Jakarta: DPP PPNI
- Qurbany, Z. T., & Wibowo, A. (2016). Stroke Hemoragik E.C Hipertensi Grade Ii. *Jurnal Medula*, 5(2), 114–118. Retrieved From <http://joke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/medula/article/view/1520>
- Rahayu, K. I. N. (2015). The Influence Of Range Of Motion Exercise To Motor Capability Of Post-Stroke Patient At The Gambiran Hospital. *Jurnal Keperawatan*, 6(2), 102–107.
- Safithri, N. A. (2014). Resiliensi Pada Pasien Stroke Ringan Ditinjau Dari Jenis Kelamin. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 02(Hal 140), 241–262.
- Setiadi. (2016). *Dasar-Dasar Anatomi Dan Fisiologi Manusia*. Yogyakarta: Indomedika Pustaka.
- Sinulingga, S. B. (2009). *Pengkajian Keperawatan Dan Tahapannya Dalam Proses Keperawatan*.
- Sofyan, A. M., Sihombing, I. Y., & Hamra, Y. (2015). Hubungan Umur, Jenis Kelamin, Dan Hipertensi Dengan Kejadian Stroke. *Medula*, 1(1), 24–30.
- Sukmaningrum, F. (2012). Efektivitas Range Of Motion ( Rom ) Aktif-Asistif : Spherical Grip Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke Di Rsud Tugurejo Semarang Febrina, 014, 2.
- Supadi. (2011). *Pengaruh Elevasi Posisi Kepala Pada Klien Stroke Hemoragik*

Terhadap Tekanan Rata-Rata Arterial, Tekanan Darah Dan Tekanan Intra Kranial Di Rumah Sakit Margono Soekarjo Purwokerto Tahun 2011. *Jurnal Kesmasindo*, 5(2), 154–168.

Suwita, S. (2014). Tatalaksana Nutrisi Pada Pasien Stroke Hemoragik Dengan Berbagai Faktor Risiko, 1–94.

Syairi, A. (2013). Tingkat Pengetahuan Keluarga Pasien Tentang Self-Care ( Perawatan Diri ) Pada Anggota Keluarga Yang Mengalami Stroke Di Rsu Kabupaten Tangerang. *Uin Syarif Hidayatullah Jakarta*, 1–106.

Tahir, A. M. (2019). Patofisiologi Kesadaran Menurun. *Umi Medical Journal*, 3(1), 80–88. <https://doi.org/10.33096/Umj.V3i1.37>

Tamasse, J. (2013). Neurogenik Bladder. *Journal Of Petrology*, 369(1), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/Cbo9781107415324.004>

Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah (Gangguan Sistem Persyarafan)*. Jakarta: Cv. Sagung Seto.

Usrin, I., Mutiara, E., & Yusad, Y. (2011). Pengaruh Hipertensi Terhadap Kejadian Stroke Iskemik Dan Stroke Hemoragik Di Ruang Neurologi Di Rumah Sakit Stroke Nasional (Rssn) Bukittinggi Tahun 2011.

Wilkinson, J. M. (2016). *Diagnosis Keperawatan : Diagnosis Nanda-1, Intervensi Nic, Hasil Noc, Ed.10*. Jakarta: Egc.

## Lampiran 1

***CURICULUM VITAE***

Nama : Nanda Devi Kusumaningrum

Program Studi : Profesi Ners

Tempat Tanggal Lahir : Mojokerto, 16 Desember 1995

Alamat : Dusun Bandung Wetan RT.003 RW.003, Desa  
Bandung, Kecamatan Gedeg, Kabupaten Mojokerto

Agama : Islam

Email : nandadevik@gmail.com

## Riwayat Pendidikan :

1. TK Tunas Dharma Lulus Tahun 2002
2. SDN Bandung 2 Gedeg Mojokerto Lulus Tahun 2008
3. SMPN 2 Kota Mojokerto Lulus Tahun 2011
4. SMAN 1 Gedeg Mojokerto Lulus Tahun 2014
5. STIKES Hang Tuah Surabaya Lulus Tahun 2019

## Lampiran 2

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN****MOTTO**

*“A diamond will not be crushed under pressure. SHE was shine”.*

**PERSEMBAHAN**

Alhamdulillah, Karya Tulis ini saya persembahkan kepada :

1. Kepada ALLAH SWT, yang telah memberikan kemudahan, kelancaran, petunjuk sehingga saya mampu menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Kedua orangtua saya (Suharto dan Komsiatin) yang tak pernah lelah untuk selalu mendoakan saya dengan tulus ikhlas, menemani dan memotivasi saya dalam menyelesaikan tugas akhir saya. Kakak saya (Nunkey dan Ellya) serta (Firman Ridhoansyah) yang menemani saya dari duduk di bangku SMA, yang tidak pernah bosan menjadi partner perang saya, menghibur dan senantiasa memotivasi saya untuk menyelesaikan tugas akhir ini.
3. Para Rangers (Agung, Ais, Nadya dan Wahyu) yang selalu membantu dan memberikan motivasi serta doa dalam penyusunan tugas akhir ini. Teman satu angkatan Profesi Ners A10, susah senang selama bimbingan tugas akhir telah kita lalui dan akhirnya sampai juga pada tujuan kita bersama.
4. Dan semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu, terimakasih selalu mendoakan yang terbaik untukku, membantu dalam setiap langkah