**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS CVA INFARK DI RUANG**

**STROKE UNIT RSPAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**



**Oleh :**

**SELVI RERE KIFTIAWATI**

**NIM. 172.0072**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN**

**DIAGNOSA MEDIS CVA INFARK DI RUANG**

**STROKE UNIT RSPAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini di ajukan sebagai salah satu syarat**

**untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

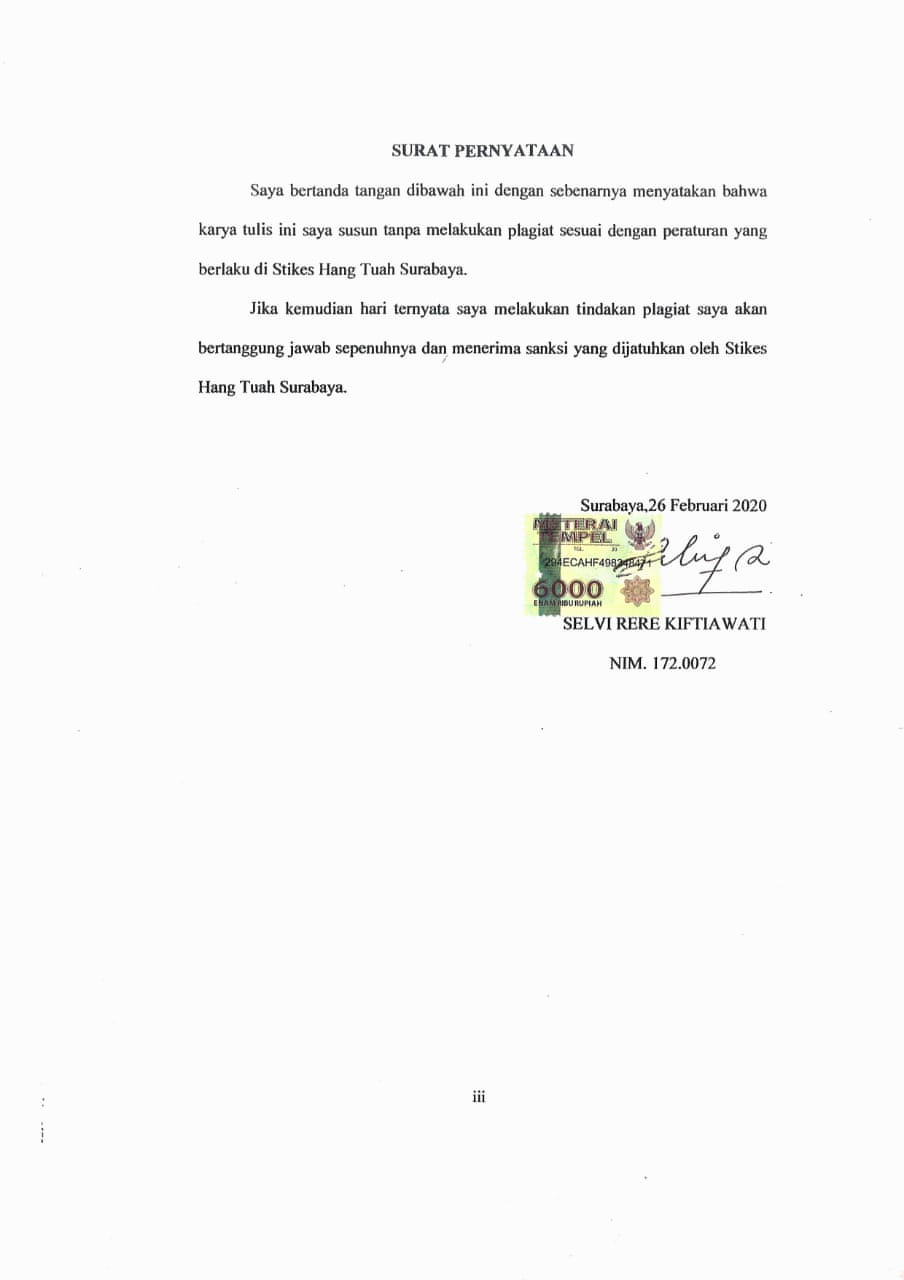
**SELVI RERE KIFTIAWATI**

**NIM. 172.0072**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**



**SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya,26 Februari 2020

SELVI RERE KIFTIAWATI

NIM. 172.0072

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : SELVI RERE KIFTIAWATI

NIM. : 1720072

Program Studi : D - III KEPERAWATAN

Judul :ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S DENGAN DIAGNOSA MEDIS CVA INFARK DI RUANG STROKE UNIT RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)**

Surabaya, 26 Februari 2020

**Pembimbing I**

****

**Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns, M.Sc**

**NIP. 03.006**

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 26 Februari 2020

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : SELVI RERE KIFTIAWATI

NIM : 1720072

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

Judul KTI :**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S DENGAN DIAGNOSA MEDIS CVA INFARK DI RUANG STROKE UNIT RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Rabu , 26 Februari 2020

Bertempat di : STIKES HANG TUAH SURABAYA

Dan dinyatakan LULUS dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

****

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

**NIP. 03.006**



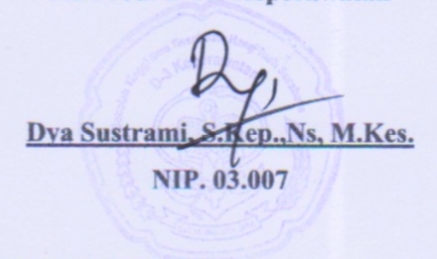
Penguji II : **Ceria Nurhayati. S.Kep., Ns, M.Kep**

**NIP. 03.049**

Mengetahui ,

STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D-III Keperawatan



Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kep

NIP. 03.007

Ditetapkan : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 26 Februari 2020

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

**TIDAK USAH BERLEBIHAN**

**TIDAK USAH TERLALU SEDERHANA**

**CUKUP BIASA-BIASA SAJA**

Kupersembahkan Karya Sederhana ini Kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan segala kemudahan dan kelancaran dalam segala hal khususnya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Untuk Ayah tercinta “Koeswantojo” Terima kasih sudah bekerja keras dan selalu berusaha membahagiakan dan menuruti semua keinginan saya.
3. Untuk Ibu tercinta “ Siti Fatimah” Terima kasih sudah memberikan seluruh kasih sayang yang tak pernah putus dan selalu sabar menghadapi saya.
4. Terima kasih kepada seluruh dosen pembimbing yang sudah membantu dan memberi saran kritiknya untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Sahabat-sahabat yang telah menyemangati saya Seloni, Diana, Farah, Arif Rudi Irfan , Cicik , dan Andre yang telah memberi semangat dari awal penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini hingga saat ini.
6. Teman-teman seperjuangan mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya “Kumara 23”.
7. Tidak lupa kepada Agustyan arief yang sudah menjadi penyemangat dan selalu memberikan dukungan untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Terima kasih kepada kak Abusiri yang sudah membantu dan mengarahkan saya untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan karunia pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Diagnosa Medis CVA infark RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” sesuai dengan waktu yang telah di tentukan.

Karya tulis ilmiah ini di susun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

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

1. Laksamana Pertama TNI dr Radito Soesanto,Sp.THT-KL,Sp.KL selaku Kepala Rumkital Dr. RSPAL Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis ilmiah dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Wiwiek Liestyaningrum, S.Kep.,M.Kep, selaku Ketua Stikes HangTuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. RSPAL Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes, selaku Kepala program studi DIII Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns, M.Sc selaku Pembimbing Pertama, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Ceria Nurhayati, S.Kep,.Ns, M.Kep selaku penguji, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan, penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Moh.Darwin Amk selaku kepala ruangan yang telah memberikan izin untuk praktek lahan dan bekal bagi penulis untuk mendapatkan meteri-materi untuk penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang Diana wahyu , Farah nisrina, Arif, dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehubungan Karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
9. Agustyan arif yang telah mendukung saya memberi semangat tiada henti dan Kak Abusiri yang telah memberikan saran dan kritik
10. Perpustakaan yang telah memberikan lahan untuk mencari sumber sumber penulisan Karya tulis ilmiah ini.
11. Pasien Tn.S dan Keluarga yang telah memberikan banyak informasi tentang kasus yang telah di angkat oleh penulis dalam penulisan Karya tulis ilmiah ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya tulis ilmiah ini dapat memberikan memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 26 Februari 2020

Penulis

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN JUDUL** ii

**SURAT PERNYATAAN** iii

**HALAMAN PERSETUJUAN** iv

**HALAMAN PENGESAHAN** v

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN** vi

**KATA PENGANTAR** vii

**DAFTAR ISI** x

**DAFTAR TABEL** xii

**DAFTAR SINGKATAN** xiii

**DAFTAR GAMBAR** xiv

**BAB 1 : PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Rumusan Masalah 3

1.3 Tujuan 3

1.3.1 Tujuan umum 3

1.3.2 Tujuan khusus 3

1.4 Manfaat 4

1.5 Metode Penulisan 4

1.5.1 Metode 4

1.5.2 Teknik pengumpulan data 5

1.5.3 Sumber data 5

1.5.4 Studi kepustakaan 6

1.6 Sistematika Penulisan 6

**BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep penyakit 7

2.1.1 Anatomi Otak 7

2.1.2 Pengertian stroke 10

2.1.3 Etiologi 11

2.1.4 Manifestasi klinis 12

2.1.5 Tanda dan gejala 12

2.1.6 Patofisiologi 13

2.1.7 WOC 15

2.1.8 Komplikasi 16

2.1.9 Pencegahan stroke 17

2.1.10 Pemeriksaan penunjang 17

2.2 Asuhan keperawatan 18

2.2.1 Pengkajian 23

2.2.2 Diagnosa keperawatan 24

2.2.3 Perencanaan 25

2.2.4 Penatalaksanaan 30

2.2.5 Evaluasi 30

**BAB 3 : TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian 31

3.1.1 Identitas 31

3.1.2 Keluhan utama 31

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang 31

3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu 32

3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga 32

3.1.6 Riwayat Alergi 32

3.1.7 Genogram 33

3.1.8 Keadaan umum 33

3.1.9 Pengkajian Primer 33

3.1.10 Pemeriksaan penunjang 36

3.2 Pemberian Terapi Medis 38

3.2.1 Analisa Data 39

3.2.2 Priotas Masalah 41

3.2.3 Rencana Asuhan Keperawatan 42

3.2.4 Implementasi 44

3.2.5 Evaluasi Sumatif 62

**BAB 4 : PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian 63

4.2 Diagnosa Keperawatan 68

4.3 Perencanaan 70

4.4 Penatalaksanaan 72

4.5 Evaluasi 74

**BAB 5 : KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan 76

5.2 Saran 77

**DAFTAR PUSTAKA** 79

**LAMPIRAN** 81

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1: Hasil lab kimia 36

Tabel 3.2: Pemberian terapi medis 38

Table 3.3: Analisa data 39

Tabel 3.4: Prioritas masalah 40

Tabel 3.5 : Rencana asuhan keperawatan 41

Tabel 3.6 : Implementasi keperawatan 43

Tabel 3.7 : Evaluasi sumatif 61

**Daftar Singkatan**

CVA = Cerebrovascular accident

MRS = Masuk Rumah Sakit

IGD = Instalasi Gawat Darurat

BB = Berat Badan

TB = Tinggi Badan

SMRS = Sebelum Masuk Rumah Sakit

BAK = Buang Air Kecil

BAB = Buang Air Besar

TTV = Tanda-tanda Vital

GCS = *Glasgow Coma Scale*

TB = Tinggi Badan

SMRS = Sebelum Masuk Rumah Sakit

ROM = Range Of Motion

EKG = ElektroKardioGram

DM = Diabetes Melitus

DO = Data Objektif

DS = Data subjektif

TD = Tekanan Darah

RR = Respirasi Rate

RL = Ringer Lactate

b.d = Berhubungan Dengan

m.g = Miligram

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 : Anatomi otak 10

Gambar 3.1 : Foto Thorax 37

Gambar 3.2 : Foto EKG 38

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

**1.1 Latar Belakang**

CVA Infark menurut (WHO, 2014) merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir daya ingat, dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak, Stroke merupakan penyakit serebrovaskular yang disebabkan terputusnya aliran darah ke otak, umumnya akibat pecahnya pembuluh darah ke otak atau karena tersumbatnya pembuluh darah ke otak sehingga pasokan nutrisi dan oksigen ke otak berkurang, Stroke merupakan salah satu penyakit tidak menular yang prevalensi semakin meningkat dari tahun ke tahun (Dewi Rayani, Dewi Nur Sukma Purqoti, 2019).

Data (RISKESDAS) Indonesia tahun 2015 jumlah penderita CVA berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan diperkiran sebanyak 1.236.825 orang (7,0%), sedangkan berdasarkan diagnosis gejala diperkirakan sebanyak 2.137.941 orang (12,1%), berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan maupun diagnosa gejala provinsi Jawa Timur memiliki estimasi jumlah penderita cukup banyak atau peringkat ketiga yaitu sebanyak 190.449 orang (6,6%) dan 302.987 (10,5%). (Oliver, 2018) Data yang diperoleh di ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya Stroke infark menempati urutan pertama dari 10 besar penyakit. Pada tahun 2018 tercatat angka kesakitan pasien dengan Stroke infark sebanyak 876 orang dengan prosentase 47,66% sedangkan pada tahun 2019 enam bulan terakhir sebanyak 85 orang dengan prosentase 23%.

Fenomena yang terjadi pada penderita CVA Infark merupakan Sumbatan yang terjadi pada CVA infark mengakibatkan kematian sebagai jaringan otak yang disuplai vaskuler yang mengalami oklusi karena kekurangan oksigen dan nutrisi.Iskemia otak dalam waktu singkat menimbulkan gejala yang dapat kembali normal sebagai penurunan kesadaran, tetapi iskemia otak dalam waktu lama dapat menyebabkan nekrosis otak yang disebut infark. Selain itu penurunan suplai darah juga dapat mengganggu proses metabolisme dalam otak terganggu sehingga dapat menyebabkan perfusi jaringan serebral tidak efektif Faktor yang menimbulkan terjadinya resiko stroke salah satunya adalah hipertensi. Hipertensi merupakan faktor resiko yang bisa dikendalikan. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. 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. (Marantika, Ana Zakiyah, & Enny Virda Y 2019). Masalah yang dapat timbul dari pasien CVA infark adalah gangguan komuniasi verbal, gangguan pertukaran gas, dan gangguan mobilitas. Selain memberikan asuhan keperawatan secara holistic diperlukan pengetahuan yang luas dalam memberi health education dan peranan penting untuk penyembuhan bagi pasien CVA infark.

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, maka penulis tertarik untuk membahas tentang keperawatan pasien CVA infark, sebagai bahan karya tulis ilmiah dengan judul, “ Asuhan Keperawtaan Gawat Darurat Pada Pasie Tn. S Dengan Diagnosa CVA Infark Diruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

**1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan CVA. Infark dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut : “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien Tn.S dengan Diagnosa medis CVA infark di Ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”

**1.3 Tujuan Penulisan**

**1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien Tn.S dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

**1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji klien Tn.S dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn.S dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada klien Tn.S dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Tn.S dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi klien Tn.S dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasi asuhan keperawatan pada klien Tn.S dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

**1.4 Manfaat Penulisan**

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

1. Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa CVA. Infark.
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
3. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa CVA. Infark.

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa CVA. Infark.

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa CVA. Infark.

**1.5 Metode Penulisan**

**1.5.1 Metode**

Metode deskriptif merupakan sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan menggunakan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

* + 1. **Teknik Pengumpulan Data**

1. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung. Data diambil/ diperoleh melalui percakapan baik dengan Tn.S , keluarga maupun tim kesehatan lain.

1. Observasi

Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan melakukan pengamatan secara langsung untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti. Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku Tn.S yang dapat diamati.

1. Pemeriksaan

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memperoleh data obyektif dari riwayat klien. Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

**1.5.3 Sumber Data**

1. Data primer

Data primer adalah data penulis yang diperoleh dari pasienTn.S.

1. Data sekunder

Data sekunder adalah data penulis yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan klien Tn.S, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan yang lain.

**1.5.4 Studi Kepustakaan**

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

**1.6 Sistematika penulisan**

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, abstrak penelitian, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar dan daftar lampiran.
2. Bagian inti, tediri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

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

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa CVA. Infark.

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

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang kesimpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampir.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep asuhan keperawatan gawat darurat, mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan stroke infark. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit stroke infark dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. **Konsep Penyakit**

**2.1.1 Anatomi otak**

Berat otak manusia sekitar 1400 gram dan tersuusun oleh kurang lebih 100 triliun neuron, otak terdiri dari 4 bagian besar yaitu serebrum ( otak besar ), cerebelum (atau otak kecil) brainstem (batang otak) dan diensefalon, Sistem saraf manusia mempunyai struktur yang kompleks dengan berbagai fungsi yang berbeda dan saling mempengaruhi. Satu fungsi saraf terganggu secara fisiologi akan berpengaruh terhadap fungsi tubuh yang lain (Tarwoto, 2013).

Sistem saraf dikelompokan menjadi dua bagian besar yaitu *Susunan Saraf Pusat / central Nervous System (CNS) dan Susunan Syaraf Perifer / Peripheral Nervous System (PNS).* Susunan saraf pusat terdiri dari otak dan medula spinalis, sedangkan saraf perifer terdiri atas saaf-saraf yang keluar dari otak (12 pasang) dan saraf-saraf yang keluar dari medula spinalis (31 pasang). Menurut fungsinya saraf perifer dibagi atas *Saraf Afferent (sensorik)* dan *efferent (motorik).* Saraf Aferent (sensorik) menghantarkan informasi dari reseptor-reseptor khusus yang berada pada organ permukaan atau bagian dalam ke otak. Saraf Eferen (motorik) menyampaikan informasi dari otak dan medula spinal ke organ-organ tubuh seperti otot rangka, otot jantung, otot-otot bagian dalam dan kelenjar-kelenjar. Saraf motorik kemudian dibagi menjadi dua yaitu *sistem saraf somatik* dan *sistem saraf otonomik.* Sistem saraf somatik berperan dalam interaksi antara tubuh dengan tubuh dengan lingkungan luar. Serabut sarafnya berada pada sel-sel otot rangka. Sistem saraf otonomik dibagi atas simpatis dan parasimpatis yang berperan dalam interaksi dengan lingkungan internal seperti pada otot jantung, kelenjar (Tarwoto, 2013).

1. Sistem saraf pusat

Sistem saraf pusat (SPP) terdiri atas otak dan medula spinalis. Berdasarkan fungsi dan sistem saraf pusat dibagi atas tiga bagian besar yaitu : otak bagian atas atau korteks serebri, otak bagian bawah (basal ganglia, thalamus, hypothalamus, batang otak, medula oblongata, cerebrum) dan medula spinalis.

2. Otak

Otak berada pada ruang kranial dan dilindungi oleh tulang-tulang tengkorak yang disebut kranium.

1. Tulang-tulang kranium

Otak terletak dalam ruang tertutup oleh kranium, tulang-tulang penyusun kranium disebut tengkorak yang berfungsi melindungi organ-organ vital. Ada sembilan tulang yang membentuk kranium yaitu frontal, oksipital, sfenoid, edmoid, temporal 2 buah, parietal 2 buah.

1. Korteks selebri

Merupakan bagian atas dari celebrum yang tebalnya 2-5 mm dan tersusun sebagaian besar oleh gray matter dan hampir 75% sel body saraf dan dendrit berada pada kortrks selebri. Semua aktivitas tubuh dikendalikan oleh kortteks selebri sesuai dengan areanya. Pada korteks selebri terdapat area-area tertentu yang dipetakan menggunakan angka oleh Brodmann(1909).

1. Cerebrum

Cerebrum adalah bagian otak yang paling besar, kira-kira 80% dari berat otak. Cerbrum mempunyai dua hermisfer yang dihubungkan oleh korpus kollosum yaitu hemisfer kanan dan hemisfer kiri. Baik hemisfer kanan dan kiri menginterpretasi data sensori yang masuk, menyimpan memori, belajar. Setiap hemisfer terbagi atas empat lobus yaitu *lobus frontal, parietal, temporal dan oksipital.*

1. Diensephalon

Dienchepalon terletak di atas atang otak dan terdirir atas thalamus, hypotalamus, epithalamus dan subthalamus.

1. Batang otak

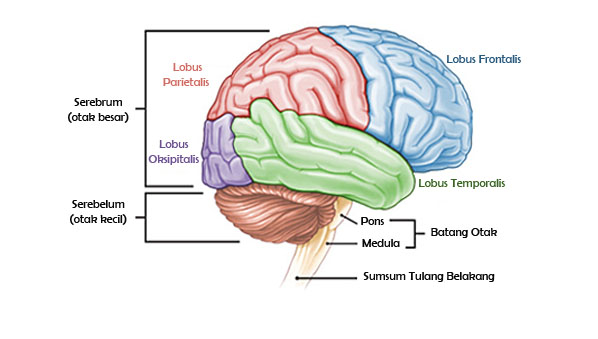
Batang otak terdiri atas otak tengah (mesencphalon). Batang otak berfungsi pengaturan refleks untuk fungsi vital tubuh. *Otak tengah* mempunyai fungsi utama sebagai relay stimulus pergerakan otot dari dan ke otak.

1. Retikular formation

Merupakan tempat kumpulan jaringan kompleks dari,yang menghubungkan jalur medula spinalis, ke diencephalon, cerebrum dan cerebellum.

1. Cerebellum

Cerebellum besarnya kira-kira seperempat dari cerebrum. Antara cerebellum dan cerebrum dibatasi oleh *tentorium serebri.* Tersusun atas subtansia abu-abu dan putih. Fungsi utama cerebellum adalah koordinasi aktivitas muskular, kontrol tonus otot, mempertahankan postur dan keseimbangan. (Tarwoto, 2013)



Gambar 2.1 Anatomi Otak (Ariani, 2012)

**2.1.2 Pengertian Stroke**

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

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

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

**2.1.3 Etiologi**

Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu : stroke iskemik dan stroke hemorragik. (Nurarif & Khusuma, 2015)

1. Stroke iskemik (non hemoragenic) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti 80% stroke adalah stroke iskemik.
2. Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak, hampir 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi.

Faktor-faktor yang menyebabkan stroke :

1. Tekanan darah tinggi atau hipertensi

Hipertensi merupakan factor resiko yang sering terjadinya stroke. Sekitar 50-70% kasus stroke disebabkan karena hipertensi. Penurunan diastole 5-6 mmHg dan systole 10-12 mmHg selama 2 sampai 3 tahun akan menurunkan resiko stroke antara 4,5-7% (Anthony Rudd, 2002). Pasien dengan hipertensi yang lama akan berpengaruh terhadap kerusakan arteri, penebalan, arteresklerosis atau arteri dapat pecah atau ruftur.

1. Penyakit jantung

Penyakit jantung merupakan factor penyebab yang paling kuat terjadinya stroke iskemik. Jenis penyakit jantung yang menjadi factor resiko stroke diantaranya penyakit jantung koroner, penyakit katup jantung, gagal jantung, gangguan irama jantung seperti pada fibrilasi atrium yang dapat menyebabkan penurunan cardiac output, sehingga terjadi gangguan perfusi serebral.

1. Diabetes mellitus

Pada penyakit DM terjadi gangguan atau kerusakan cvaskuler baik pada pembuluh darah besar maupun pembuluh darah kecil karena hiperglikemia sehingga aliran darah menjadi lambat, termasuk juga hambatanxx dalam aliran darah ke otak.

1. Hiperkolestrol dan lemak

Kolestrol dalam tubuh menyebabkan arterosklerosis pada pembuluh darah otak dan terbentuknya lemak sehingga aliran darah lambat. Disamping itu hiperkolestrol dapat menimubulkan penyakit jantung koroner.

1. Obesitas

Obesitas dan kurang aktivitas merupakan factor penyebab terjadinya hiperkolestrol, hipertensi dan penyakit jantung (Nurarif & Khusuma, 2015).

**2.1.4 Manifestasi klinis**

Manifestasi klinis pasien dengan stroke hemoragenik, gejala utamanya adalah cenderung terjadi pada saat aktivitas , proses terjadinya stroke hemoragenik lebih cepat terjadi dikarenakan tekanan darah yang tinggi dan biasanya kesadaran pasien menurun atau tidak sadar (Tarwoto, 2013).

**2.1.5 Tanda dan Gejala**

Menurut (Tarwoto, 2013), gejala klinis pada stroke akut berupa :

* 1. Akan mengalami kelumpuhan pada bagian wajah atau anggota badan (hemiparase)
  2. Biasanya akan mengalami Gangguan sensilibitas pada anggota badan (homoesensorik)
  3. Akan mengalami Tidak lancar atau tidak dapat berbicara (afasia)
  4. Bicara pelo atau cadel (disartria)
  5. Tunglai atau anggota badan tidak tepat sasaran (afaksia)

**2.1.6 Patofisiologi**

Antara darah dan otak terdapat berbagai sistem penghalang yang mengatur lewatnya substansi antara darah dan otak dalam rangka pemeliharaan homeostatis. Dalam situasi patofisiologis, sistem pengaturan endotellial – astrositik mungkin terpengaruh secara tidak seimbang sehingga mengakibatkan perbedaan kecepatan aliran masuk keluar berbagai substansi. Salah satu atau keduanya dapat terganggu dan kemudian menimbulkan disfungsi sel-sel otak (Widagdo, Suharyanto, & Aryani, 2012).

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai persediaan suplai oksigen. Pada saat terjadi anoksia, sebagaimana pada CVA, metabolisme serebral akan segera mengalami perubahan dan kematian sel dan kerusakan permamen dapat terjadi dalam 3 – 10 menit. Banyak kondisi yang merubah perfusi serebral yang akan menyebabkan hipoksia atau anoksia. Hipoksia pertama kali menimbulkan iskemia. Iskemia dalam waktu yang singkat (kurang dari 10 – 15 menit) menyebabkan kematian sel permanen dan infark serebral dengan disertai edema serebral. tipe devisit fokal permanen akan tergantung pada daerah dari otak yang dipengaruhi. Daerah otak yang dipengaruhi tergantung pada pembuluh darah serebral yang dipengaruhi. Paling umum pembuluh darah yang dipengaruhi adalah middle serebral yang keduanya dalah arteri karotis interna (Widagdo et al., 2012).

Setelah aliran darah berkurang atau berhenti karena oklusi atau hipopertusi pada pembuluh darah otak, dan jika keadaan tersebut tidak dapat diatasi akan terjadi kematian sel dalam beberapa menit. Otak menerima 15%-20% dari cardiac output, berhentinya aliran darah pada keadaan istirahat 50-60ml per menit per 100 gram otak, jika berhentinya aliran darah berkurang menjadi 20 ml permenit per 100 gram otak, otak berada dalam keadaan iskemik terjadi gangguan fungsi otak. Jika berhentinya aliran darah ke otak berkurang menjadi 8-10ml permenit per 100 gram otak, sel otak berada pada dalam keadaan infark dan sel otak akan mati dalam waktu beberapa menit, jika tidak segera diatasi akan timbul defisit neurologis dan menyebabkan kecacatan atau kematian (Widagdo et al., 2012).

**2.1.7 WOC STROKE INFARK**

Faktor – faktor resiko

Aterosklerosis,

Hiperkoagulasi

Katub jantung rusak, miokard infark, fibrilasi

Penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara

Trombosis cerebral

Emboli cerebral

Stroke

Pembuluh darah oklusi

Disfungsi persepsi visual spasial dan kehilangan sensori

Iskemik jaringan otak

Infark cerebral

Defisit Neurologis

Disfungsi bahasa dan

komunikasi

Kehilangan kontral

involunter

gangguan aliran pembuluh darah vena/arteri

Gangguan neuro muskuler

**Resiko perfusi jaringan serebral**

Hemiplegi/hemiparese

Neuromuskuler

**Gangguan komunikasi**

**verbal**

Penurunan tingkat

kesadaran

Penekanan

jaringan

setempat

Disfungsi kandung kemih dan pencernaan

**Gangguan mobilitas**

**Fisik.**

**Gangguan persepsi sensori**

**Resiko tinggi**

**kerusakan**

**Integritas kulit**

**Kurang pengetahuan**

Gambar 2.2 : WOC

Sumber : (Oliver, 2018)

**2.1.8 Komplikasi**

Adapun komplikasi menurut (Tarwoto, 2013)

1. Fase akut

1. Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akiba terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran daral dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Tanda gejala hipoksia adalah pusing disertai pingsan , nafas pendek (dispnea), sesak nafas , dan sakit kepala.
2. Edema serebri Merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia arau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstesial akan berpindah ke ckstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak. Tanda edema serebri adalah pusing dan sulit berbicara.
3. Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK) Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intracranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya ganggan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Tanda gejala TIK adalah sakit kepala dan tekanan darah meningkat.

2. Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut

1. Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti peunomonia, dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urin dan bowel
2. Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak
3. Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension
4. Malnutrisi, karena intake yang adekuat.

**2.1.9 Pencegahan Stroke**

Untuk mencegah terjadinya stroke maka beberapa hal yang harus diperhatikan adalah mengidentifikasi faktor penyebab stroke menurut (Tarwoto, 2013).

1. Pengendalian hipertensi, karena faktor resiko utama pasien stroke adalah hipertensi, menurunkan sistole antara 10-12 mmHg dan menurunkan 5-6 mmHg diastole selama 2 sampai 3 tahun akan menurunkan resiko stroke 4.8 sampai 7 %.
2. Kurangi atau hentikan merokok, rokok merupakan sumber nikotin yang dapat menimbulkan plak pada pembuluh darah sehingga dapat menghambat aliran darah.
3. Mengurangi kadar kolesterol, seperti halnya rokok, kolesterol juga dapat menghambat aliran darah, menimbulkan tekanan darah tinggi serta penyakit jantung koroner
4. Hindari penggunaan obat tertentu seperti aspirin dan obat antiplatelet.

**2.1.10 Pemerikasaan Penunjang**

1. Radiologi
2. *Computerized Tomografi Scaning* (CT Scan) : Mengetahui area infark, edema, hematoma, struktur dan sistem ventrikel otak.
3. *Magnetic Resonance Imaging* (MRD): Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovena.
4. *Elektro Encephalografi* (EEG): Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
5. *Angiograf Serebral* : Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau ruptur.
6. *Sinar X tengkorak*: Mengetahui adanya kalsifikasi karotis interna pada trombosis cerebral.
7. *Pungsi Lumbal*: Menunjukkan adanya tekanan normal, Jjika tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukan hemoragik subarachnoid atau perdarahan intrakranial. Kontraindikasi pada peningkatan tekanan intrakranial.
8. *Elektro Kardiogram*, mengetahui adanya kelainan jantung yang juga menjadi faktor penyebab stroke
9. Laboratorium
10. Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, LED juga menjadi faktor penyebab stroke
11. Pemeriksaan gula darah sewaktu
12. Kolesterol
13. Asam urat
14. Elektrolit
15. Masa pembekuan dan masa perdarahan

**2.2 Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan atau praktek keperawatan yang di beri kan secara langsung kepada pasien di pelayanan kesehatan. Asuhan keperawatan di berikan kepada pasien untuk memenuhi kebutuhan pasien. Proses keperawatan adalah metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus- menerus serta berkesinambungan dalam rangka pemecahan masalah kesehatan pasien/klien,di mulai dari pengkajian (pengumpulan data,analisis data,dan penentuan masalah) diagnosis keperawatan, pelaksanaan, dan penilaian tindakan keperawatan. (Sinaga, 2019)

**2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan merupakan yang sistematik dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan, dalam proses pengkajian ada 2 tahap yang perlu dilalui yaitu pengumpulan data analisa data.

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah mengumpulkan informasi tentang status kesehatan klien yang menyeluruh mengenai fisik, psikologis, sosial budaya, spiritual, kognitif, tingkat perkembangan, status ekonomi, kemampuan fungsi dan gaya hidup klien

1. Identitas klien

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

1. Keluhan utama

Biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi.

1. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

1. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes militus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, pemggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

1. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes militus.

1. Riwayat psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga.

1. Pola-pola fungsi kesehatan
2. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Biasanya ada riwayat perokok, penggunaan alkohol, penggunaan obat kontrasepsi oral.

1. Pola nutrisi dan metabolisme

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut.

1. Pola eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus.

1. Pola aktivitas dan latihan

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensorik atau paralise hemiplegi, mudah lelah.

1. Pola tidur dan istirahat

Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang/nyeri otot.

1. Pola hubungan dan peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.

1. Pola persepsi dan konsep diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif.

1. Pola sensorik dan kognitif

Pada pola sensorik klien mengalami gangguan pengelihatan /kekaburan pandangan, perabaan/sentuhan menurun pada muka dan ekstremitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir.

1. Pola reproduksi seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamin.

1. Pola penanggulangan stress

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi

1. Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

1. Pemeriksaan fisik
2. Keadaan umum
3. Kesadaran : Umumnya mengalami penurunan kesadaran
4. Suara bicara : Kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara
5. Tanda-tanda visual: Tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi
6. Pemeriksaan integumen
7. Kulit : Jika klien kekurangan O2 kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit kan jelek. Di samping itu perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke hemoragik harus bed rest 2-3 minggu
8. Kuku : Perlu dilihat adanya clubbing finger, cyanosis
9. Rambut: Umumnya tidak ada kelainan
10. Pemeriksaan kepala dan leher
11. Kepala : Bentuk Normocephalik
12. Muka : Umumnya tidak simetris yaitu mencong kesalah satu sisi
13. Leher : Kaku kuduk jarang terjadi (Satyanegara)
14. Pemeriksaan dada

Pada pernafasan kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan

1. Pemeriksaan abdomen

Didapatkan penurunan peristaltik usus akibat bed rest yang lama, dan kadang terdapat kembung.

1. Pemeriksaan inguinal, genetalia, anus

Kadang terdapat incontinensia atau retensio urine

1. Pemeriksaan ekstremitas

Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh

1. Pemeriksaan neurologi
2. Pemeriksaan nervus cranialis

Umumnya terdapat gangguan nervus cranialis VII dan XII central.

1. Pemeriksaan motorik

Hampir selalu terjadi kelumpuhan/kelemahan pada salah satu sisi

1. Pemeriksaan sensorik

Dapat terjadi hemihipestesi

1. Pemeriksaan refleks

Pada fase akut reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis

2. Analisa Data

Dari hasil tersebut pengkajian kemudian data tersebut dikelompokkan sesuai dengan data pengkajian lalu di analisa dari penyebabnya sehingga dapat ditarik kesimpulan masalah keperawatan yang timbul dan untuk selanjutnya dapat dirumuskan diagnosa keperawatan.

**2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang timbul pada pasien dengan CVA Infark yang diambil dari perpaduan buku keperawatan Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. (PPNI, 2016)

Adapun diagnosa yang mungkin muncul adalah:

1. Gangguan perfusi jaringan otak yang berhubungan dengan perdarahan intracerebral.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparese/ hemiplagia.
3. Gangguan persepsi sensori: perabaan yang berhubungan dengan penekanan pada saraf sensori, penurunan penglihatan.
4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah otak.
5. Gangguan eliminasi alvi(konstipasi) berhubungan dengan imobilisasi, intake cairan yang tidak adekuat.
6. Resiko gangguan nutrisi berhubungan dengan kelemahan otot mengunyah dan menelan.
7. Kurangnya pemenuhan perawatan diri yang berhubungan dengan hemiparese/hemiplegi.
8. Resiko gangguan integritas kulit yang berhubungan tirah baring lama.
9. Resiko ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang berhubungan dengan penurunan refleks batuk dan menelan.
10. Gangguan eliminasi uri (inkontinensia uri) yang berhubungan dengan penurunan sensasi, disfungsi kognitif, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

**2.2.3 Perencanaan**

Menurut (Judha & Rahil, 2011) perencanaan dalam CVA infark antara lain.

1. Gangguan perfusi jaringan serebral berhbungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, perdarahan, vasospasme serebral, edema serebral.

1. Data pendukung :
2. Penuruna kesadaran
3. Nilai GCS
4. Perubahan tanda vital
5. Perubahan sensorik dan motorik
6. Penurunan fungsi memori
7. Kriteria hasil :
8. Pasien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik dan motorik.
9. Tanda-tanda vital stabil, peningkatan TIK tidak ada.
10. Gangguan lebih lanjut tidak ada.
11. Rencana Tindakan :
12. Kaji status neurologic setiap jam
13. Kaji tingkat kesadaran dengan GCS
14. Kaji pupil, ukuran, espon terhadap cahaya
15. Kaji reflex kornea
16. Monitor kejang dan beri obat anti kejang
17. Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk
18. Rasional
19. Keluarga lebih berpartisipasi dalam proses penyembuhan
20. Untuk mencegah perdarahan ulang
21. Mengetahui setiap perubahan yang terjadi pada klien secara dini dan untuk penetapan tindakan yang tepat
22. Mengurangi tekanan arteri dengan meningkatkan draimage vena dan memperbaiki sirkulasi serebral
23. Batuk dan mengejan dapat meningkatkan tekanan intra kranial dan potensial terjadi perdarahan ulang
24. Rangsangan aktivitas yang meningkat dapat meningkatkan kenaikan TIK. Istirahat total dan ketenangan mungkin diperlukan untuk pencegahan terhadap perdarahan dalam kasus stroke hemoragik/ perdarahan lainnya
25. Memperbaiki sel yang masih viabel.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, kelemahan, parestesia.

1. Data pendukung :
2. Pasien tidak mampu menggerakkan kaki dan tangan sbelah
3. Kebutuhan ADL dibantu
4. Tonus otot berkurang
5. Pergerakan, ambulasi dibantu
6. Kriteria Hasil :
7. Mempertahankan keutuhan tubuh
8. Kebutuhan ADL terpenuhi
9. Mempertahankan kekuatan/fungsi tubuh secara optimal
10. Rencana Tindakan :
11. Kaji kemampuan motorik
12. Ajarkan pasien untuk melakukan ROM minimal 4x sehari
13. Inspeksi warna kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak
14. Lakukan *massage* pada daerah yang tertekan
15. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur antidekubitus
16. Rasional
17. Menurunkan resiko terjadinnya iskemia jaringan akibat sirkulasi darah yang jelek pada daerah yang tertekan
18. Gerakan aktif memberikan massa, tonus dan kekuatan otot serta memperbaiki fungsi jantung dan pernapasan
19. Otot volunter akan kehilangan tonus dan kekuatannya bila tidak dilatih untuk digerakkan.

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neuromuscular. Kelemahan umum.

1. Data Pendukung :
2. Pasien tidak mampu berkomunikasi
3. Disartria, afasia
4. Kelemahan otot wajah dan lidah
5. Kriteria Hasil :
6. Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal
7. Terhindar dari tanda-tanda frustasi
8. Mampu mengekspresikan diri
9. Rencana Tindakan :
10. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara
11. Pertahankan kontak mata dengan pasien saat berkomunikasi
12. Gunakan kata-kata yang sederhana
13. Konsul dengan terapi wicara
14. Rasional
15. Memenuhi kebutuhan komuikasi sesuai dengan kemampuan klien
16. Mencegah rasa putus asa dan ketergantungan pada orang lain
17. Mengurangi kecemasan dan kebingungan pada saat komunikasi
18. Mengurangi isolasi sosial dan meningkatkan komunikasi yang efektif
19. Memberi semangat pada klien agar lebih sering melakukan komunikasi
20. Melatih klien belajar bicara secara mandiri dengan baik dan benar

4. Gangguan perawatan diri :ADL berhubungan dengan defisit neuromuskular, menurnnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol otot.

1. Data Pendukung :
2. Adanya penurunan kesadaran
3. Kelemahan fisik
4. Atropi otot
5. Kontraktur otot
6. Kriteria Hasil :
7. Menampilkan aktivitas perawatan secara mandiri
8. Mendomenstrasikan perubahan dalam merawat diri : mandi, BAB,BAK, berpakaian, berhias
9. Rencana Tindakan :
10. Kaji kemampuan pasien ADL
11. Anjurkan pasien untuk melakukan sendiri perawatan dirinya jika mampu
12. Berikan umpan positif atas usaha klien
13. Kolaborasi ahli fisioterapi
14. Rasional
15. Membantu dalam mengantisipasi atau merencanakan pemenuhan kebutuhan secara individual
16. Meningkatkan harga diri dan semangat untuk berusaha terus-menerus
17. Kilien mungkin menjadi sangat ketakutan dan sangat tergantung dan meskipun bantuan yang diberikan bermanfaat dalam mencegah frustasi, adalah penting bagi klien untuk melakukan sebanyak mungkin untuk diri-sendiri untuk mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan
18. Meningkatkan perasaan makna diri dan kemandirian serta mendorong klien untuk berusaha secara kontinyu
19. Memberikan bantuan yang mantap untuk mengembangkan rencana terapi dan mengidentifikasi kebutuhan alat penyokong khusus.

**2.2.4 Pelaksanaan**

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada klien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi klien saat ini.

**2.2.5 Evaluasi**

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum dapat juga timbul masalah baru.

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien Tn.S dengan Diagnosis Medis CVA Infark. Maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 30 Januari 2020 sampai dengan 1 Februari 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 30 Januari jam 08.00 WIB, anamnesa diperoleh dari pasien, keluarga pasien dan file No.Register 3X.XX.XX sebagai berikut :

1. **PENGKAJIAN**
2. **Identitas**

Pasien bernama Tn. S usia 67 tahun, berjenis kelamin laki-laki, beragama islam, Bertempat tinggal di Surabaya, dan penanggung biaya pasien adalah BPJS Pengkajian dilakukan pada tanggal 30 Januari 2020 pukul 08.00 WIB. Pasien masuk RSPAL Dr. Ramelan Surabaya di IGD pada tanggal 29 Januari 2020 pukul 19.45 WIB. Karena pasien mengeluh tidak bisa bicara disertai pelo, serta tidak bisa menggerakan tangan dan kaki sebelah kanan .

**3.1.2 Keluhan utama**

Pasien tidak bisa berkomunikasi secara verbal

**3.1.3 Riwayat penyakit sekarang**

Pada tanggal 29 Januari 2020 jam 19.00 WIB pasien tiba tiba susah untuk bicara dan merasa lemas pada tangan dan kaki sebelah kanan beberapa saat kemudian pasien tidak bisa bicara dan tidak bisa menggerakan tangan dan kakinya sebelah kanannya. Kemudian pasien di bawa oleh keluarga ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Dengan keluhan pasien tiba tiba tidak bisa bicara dan pasien

tidak dapat menggerakan tangan dan kakinya bagian sebelah kanan. Sesampainya di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Kemudian pasien dilakukan tindakan pemasangan infus dengan cairan NS 20 tpm, O2 dengan masker NRB 5 lpm , dilakukan pemasangan kateter , pemeriksaan Lab DL, KK , dan dilakukan foto thorax , pemeriksaan GDA. Pasien Mendapatkan terapi injeksi Citicolin 500mg, urine bag 200cc / 3 jam. Keadaan pasien sedang, tidak terdengar suara wheezing ataupun ronkhi, dan tidak terdapat luka dekubitus pada tubuh pasien. BB pasien sebelum MRS 70 kg, setelah MRS 68 kg.GCS 446, HR 86 x/menit, RR 28 x/menit, Tensi 160/87 mmHg, Suhu 36,2oC, SPO2 93%. Semua kebutuhan mandi dan hygiene sepenuhnya oleh perawat, kulit tampak kering dan bersisik , mulut tampak bersih. Pada tanggal 30 Januari 2020 jam 12.00 WIB.

**3.1.4 Riwayat penyakit dahulu**

Saat pengkajian keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit Hipertensi sejak umur 32 tahun dan saat sakit pasien minum obat Candesartan 8 mg dari Dokter

**3.1.5** **Riwayat penyakit keluarga**

Saat pengkajian keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat keturunan dari ayah pasien yang juga menderita penyakit Hipertensi.

**3.1.6 Riwayat Alergi**

Saat pengkajian keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak memiliki alergi pada obat-obatan maupun makanan.

**3.1.7 Genogram**

67

Gambar 3.1 : Genogram

Keterangan:

: Laki- laki

: Perempuan

X : Meninggal

: Pasien

---- : Tinggal satu rumah

**3.1.8 keadaan umum**

**3.1.9 Pengkajian Primer**

1. **B1 (*breath)***

Saat dilakukan pemeriksaan bentuk dada pasien normocest, pergerakan dada simetris, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, pasien mengatakan sesak dengan RR : 28 x/menit dan terpasang masker oksigen 5 lpm ,tidak ada batuk, saat dipalpasi pasien mengatakan tidak ada nyeri tekan pada bagian leher, tidak ada odema. Tidak ada sputum, saat diperkusi didapatkan sonor, irama ireguler, saat di auskultasi tidak ada suara nafas tambahan , gurgling (-), ronkhi (-), wheezing (-).

1. **B2 *( Blood)***

Saat dilakukan pemeriksaan didapatkan pasien Tn. S dengan Tekanan darah : 191 /100 mmHg, CRT : < 2 detik, saat dipalpasi nadi : 80x/menit, tidak ada nyeri tekan pada bagian dada tidak ada pembesaran getah bening, akral teraba hangat. Saat di perkusi irama sonor, didapat irama jantung S1 S2 reguler.

1. **B3 *( brain)***

Saat dilakukan pemeriksaan persyarafan didapatkan kelemahan fisik pada anggota tubuh lengan dan kaki kanan. Nervus I (Olfaktorius) Pasien mampu membedakan bau makanan dan bau obat obatan dengan mata tertutup. Nervus II (Optikus) Pasien mampu melihat disemua lapang pandang dengan normal. Nervus III (Okulomtorius) Pasien mampu membuka mata dengan maksimal Nervus IV (Trochlearis) Pasien mampu menggerakkan bola mata keatas dan kebawah. Nervus V (Trigeminus) Pasien kurang mampu menggerakkan rahangnya dan tampak kaku saat membuka mulut dengan maksimal. Nervus VI (Abducens) Pasien mampu menggerakan bola matanya. Nervus VII (Fasialis) pasien tampak kurang dapat mengekspresikan wajah ,tampak rahang terbukakurang maksimal,dan pasien bicara tidak jelas. Nervus VIII (Akustikus) Fungsi Pendengaran normal, Pasien mampu mendengarkan suara perawat dan merespon apa yang disampaikan oleh perawat. Nervus N.IX (Glosofaringeus) Pasien mampu menelan makanan dengan baik, tidak ada gangguan pada proses menelan. Nervus X (Vagus) Tidak ada reflek tersedak ketika pasien makan dan minum. Nervus XI (Asesorius) Tidak ada gangguan terhadap pergerakan leher dan kepala. Nervus XII (Hipoglosus) Pasien mampu menjulurkan lidahnya.

Refleks Fisiologis : Kiri Bisep +,trisep +,Patella +,Acilles +

Kanan Bisep-, Trisep -, Patella -, Acilles –

Refleks Patologis : Kaku kuduk - , Brudzunki –

1. **B4 (*bladder)***

Saat dilakukan pemeriksaan kebersihan tampak bersih, pasien memakai pempres, tampak ekskresi lancar, tidak ada distensi kandung kemih pada pasien, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, pasien terpasang kateter urine No. 16 pukul 22.10 WIB.

1. **B5 (*bowel)***

Saat dilakukan pemeriksaan tidak ada lebam perut, bising usus 20 x/menit tidak ada lesi pada lidah atau mulut, tampak mulut bersih, tidak terdapat gigi palsu pada mulut pasien, mukosa bibir lembab, tidak ada pembengkakan abdomen atau asites, tidak ada nyeri pada abdomen, tidak ada pembesaran hepar.

Pemerikasaan ADL : pola kebutuhan nutrisi pasien cukup karena pasien sudah mengkonsumsi makanan empat sehat lima sempurna seperti nasi, sayur, laut pauk,dan buah buahan, Tn.S mengkonsumsi makan 3x sehari , tidak terpasang NGT. Pola eliminasi : BAK baik tidak ada masalah, urine berwarna kuning pekat, BAB 1x sehari lunak, berbau khas.Pola tidur SMRS : pasien Tn. S tidur kurang lebih 8 jam sehari , Pola tidur MRS : pasien Tn. S tidur kurang lebih 5 jam sehari

1. **B6 *(Bone)***

Saat dilakukan pemeriksaan rambut pasien berwana putih/beruban,kulit kepala tidak ada lesi ,warna kulit kuning langsat, kuku kotor, turgor kulit baik ROM mengalami lemah pada ekstermitas bawah

Kekuatan otot : 2222 5555 2222 5555

Keterangan :

5: otot normal , dapat melawan tahanan dengan maksimal

4: otot mampu berkontraksi dan bergerak melawan tahanan mimnimal

3: otot dapat berkontraksi dan bergerak melawan gravitasi

2: otot dapat berkontraksi tetapi tidak mampu melawan gravitasi

1: terdapat kontraksi otot

0: tidak ada kontraksi otot

Tampak Ekstremitas Atas tangan kiri dapat menggenggam kuat, Tangan kanan tampak lemah. Ekstremitas Bawah Kaki kiri dapat menahan dengan kuat, kaki kanan lemah. Kulit kepala bersih, tidak ada benjolan, warna rambut hitam dan putih beruban, warna kulit sawo matang, tidak terdapat lesi pada anggota tubuh pasien.

**3.1.10 Pemeriksaan Penunjang**

1. Laboratorium

**Tabel 3.1 :** Hasil Lab Tn. S pada tanggal 30 Januari 2020 di ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan diagnosa medis CVA infark

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PEMERIKSAAN** | **HASIL** | **NORMAL** |
| Bas#  Bas%  Eos#  Eos%  HCT  HGB  Lym#  Lym%  MCH  MCHC  MCV  Mon#  Mon%  MPU  Neu#  Neu%  PCT | 0.03 10^3/uL  0.2%  1.38 10^3/uL  11.0%  38.5%  13.0 g/dl  1.23 10^3/uL  9.8 %  26.3 pg  33.7 g/dl  77.9 fL  1.04 10^3/uL  8.3 %  8.8 fL  8.87 10^3/uL  70.0 %  0.161 % | 0.0 -0.1  0.0 - 1.0  0.02 - 0.5  0.5 - 5.0  37.0 - 54.0  13.2 - 17.3  0.8 - 4.0  20.0 - 40.0  27.0 - 34.0  32.0 - 36.0  80.0 - 100.0  0.12 - 1.2  3.0 - 12.0  6.5 - 12.0  2.0 - 7.0  50.0 - 70.0  0.108 - 0.282 |

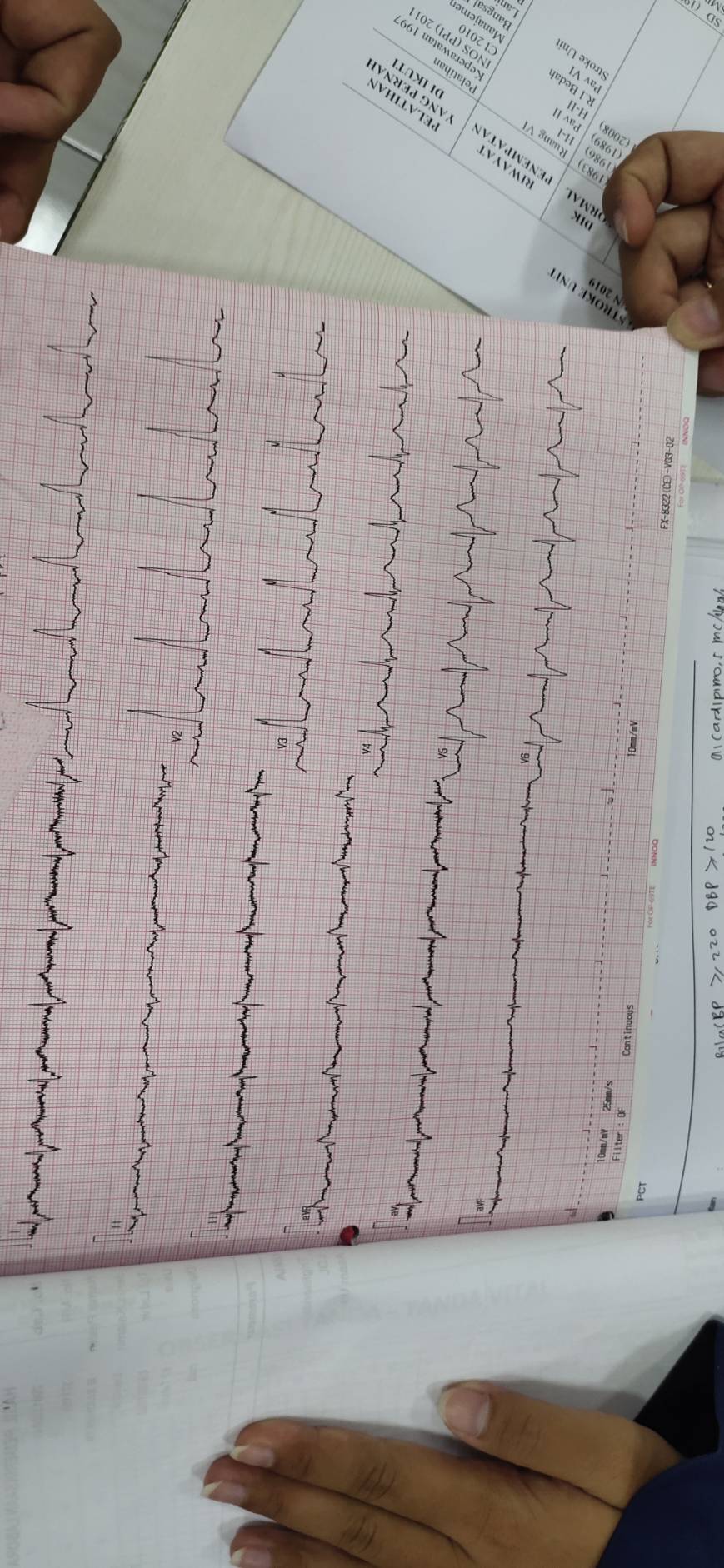
2. Pemeriksaan foto Thorax

Hasil Foto Thorax Tn. S pada tanggal 30 januari 2020 di ruang Stroke Unit

RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan diagnosa medis CVA infark

Gambar 3.1 FOTO THORAX

Sumber : Rekam medis RSPAL Dr. Ramelan surabaya.

3. Pemeriksaan EKG

Hasil EKG pada tanggal 30 Januari 2020 di Ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan surabaya dengan diagnosa medis CVA infark

Gambar 3.2 EKG

Sumber : Rekam medis di ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

**3.2 pemberian terapi medis**

**Tabel 3.4** : terapi obat pada pasien Tn. S tanggal 30 Januari 2020 dengan diagnosa medis CVA infark di ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Obat yang diberikan** | **Dosis**  **(dalam mg)** | **Rute** | **Indikasi** |
| Infus NS  Inj Citicolin  Aptor | 500cc / 24 jam  3x 500mg  1x100mg | **Iv**  **Iv**  **Oral** | Untuk memenuhi kebutuhan cairan  Untuk mengobati penyakit serebrovaskuler seperti stroke  Untuk meredakan nyeri |

**3.2.1 Analisa data keperawatan**

**Tabel 3. 5** : Analisa data pada pasien Tn. S tanggal 30 Januari 2020 dengan diagnosa medis CVA infark di ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | Data | Penyebab/etiologi | Masalah keperawatan |
| 1. | Ds : keluarga pasien mengatakan pasien tiba- tiba susah bicara, pelo  Do : Pasien tampak tidak mampu berbicara dengan jelas  Pasien tampak sulit menggungkapn kata kata ,  Tekanan Darah : 160 /87 mmHg  Nadi : 86x /menit  Suhu : 36,2˚C  RR : 28x/menit | Gangguan Neuromuskular | Gangguan Komunikasi Verbal  SDKI (D.0119)  Hal. 264 |
| 2. | DS :Pasien mengeluh bahwa eksremitas kanan (tangan dan kaki) tidak bisa digerakkan.  DO : Pasien mengalami hemiparase dextra  Kekuatan lengan dan kaki kanan menurun.  Sulit berbicara atau cadel | Stroke infark | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial  (SDKI D.0066)  Hal 149 |
| 3. | DS: Pasien berisyarat sesak nafas  DO: pasien tampak kesulitan bernafas  Tampa nafas tersenggal senggal  Tekanan Darah : 160 /87 mmHg  Nadi : 86x /menit  Suhu : 36,2˚C  RR : 28x/menit  SPO2 : 93%  Terpasang masker oksigen NRM 5 lpm | Ketidakseimbangan ventilasi –perfusi | Gangguan pertukaran gas SDKI (D.0005)  Hal. 26 |
| 4. | DS : pasien berisyarat tidak mampu menggerakan tangan dan kaki bagian kanan  DO : Pasien tampaktidak mampu saat menggerakan tangan dan kaki bagian tangan sebelah kanan, sendi pasien tampak kaku pada bagian persendian | Gangguan Neuromuskular | Gangguan Mobilitas fisik  SDKI (D.0054)  Hal. 124 |
| 5. | DS : Pasien berisyarat tidak bisa melakukn aktifitas perwatan diri  DO : Pasien tampak tidak mampu melakukan aktifitas perawatan diri | Gangguan Neuromuskular | Defisit perawatan diri  SDKI (D.0109)  Hal 240 |
| 6. | DS : Pasien berisyarat ingin segera cepat pulang  DO : Pasien tampak gelisah dan tidak tenang  Tekanan Darah : 160 /87 mmHg  Nadi : 86x /menit  Suhu : 36,2˚C  RR : 28x/menit | Krisis Situasional | Ansietas  SDKI (D.0080)  Hal 180 |
| 7. | DS : Pasien berisyarat pasien tidak bisa tidur  DO : Pasien tampak gelisah dan sering terbangun saat tidur  Tekanan Darah : 160 /87 mmHg  Nadi : 86x /menit  Suhu : 36,2˚C  RR : 28x/menit | Hambatan lingkungan | Gangguan pola tidur  SDKI (D.0055)  Hal 126 |
| 8. | DS : Keluarga pasien mengatakan Tn.S tidak tahu sebelumnya tentang penyakit stroke  DO : Pasien tampak kebinguan dengan sakitnya dan tidak tahu tentang penyakit yang diderita Tn.S | Kurang terpapar informasi | Defisit pengetahuan  SDKI (D.0111)  Hal 246 |

**Tabel 3.2.2 Prioritas Masalah**

Nama pasien : Tn. S Ruang / kamar : Stroke Unit

Umur : 67th RM : 3X . XX . XX

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Masalah Keperawatan | Tanggal | | Paraf |
| Ditemukan | Teratasi |
| 1 | Gangguan komunikasi verbal b.d Gangguan Neuromuskular | 30 Januari 2020 | Belum Teratasi | *Selvi* |
| 2 | Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi perfusi | 30 Januari 2020 | 01 Februari 2020 | *Selvi* |
| 3 | Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan neruromuskular | 30 Januari 2020 | Teratasi Sebagian | *Selvi* |
| 4 | Defisit perawatan diri b.d Gangguan Neuromuskuler | 30 Januari 2020 | Belum Teratasi | *Selvi* |
| 5 | Ansietas b.d kurangnya pengetahuan | 30 Januari 2020 | 01 Februari 2020 | *Selvi* |
| 6. | Gangguan pola tidur b.d Hambatan lingkungan | 30 Januari 2020 | 01 Februari 2020 | *Selvi* |
| 7. | Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi | 30 Januari 2020 | 01 Februari 2020 | *Selvi* |
| 8. | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d stroke infark | 30 Januari 2020 | Belum teratasi | *Selvi* |

**3.2.3 Rencana asuhan keperawatan**

**Tabel 3. 6 :** Rencana asuhan keperawatan pada pasien Tn. S tanggal 30 Januari 2020 dengan diagnosa medis CVA infark di ruang Stroke Unite Rsal Dr. Ramelan Surabaya

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah** | **Tujuan** | **Kriteria hasil** | **intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Gangguan komunikasi verbal b.d Gangguan Neuromuscular | Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan pasien mulai mampu berkomunikasi dengan baik dan mudah  mengungkapkan kata kata | Kriteria Hasil :   1. pasien mampu mengkomunikaiskan kebutuhan dan keinginan pasien dengan kata kata 2. Pasien mampu menyusun kata kata 3. Pasien dapat mempertahankan tingkat komunikasi yang efektif | 1. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 2. Gunakan metode komunikasi alternatif 3. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara 4. Kolaborasi keahli patologis atau terapis 5. Kolaborasi pemberian dengan dokter untuk pemberian obat   Inj. Citicolin 3x500mg /iv  Aptor 1x100mg / oral | 1. Karena isyarat nonverbal memberikanarti untuk melakukan tindakan. 2. Untuk membantu pemahaman pasien. 3. Untuk meningkatkan komunikasi dan mengurangi ansietas pada pasien. 4. Untuk menentukan peningkatan atau penurunan proses penyakit pasien. Sesuaikan rencana perawatan dengan keadaan penyakit pasien. 5. Untuk memperbaikii sel yang masih viabel |
| 2. | Gangguan pertukaran gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi Perfusi | Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan gangguan pertukaran gas dapat teratasi | Kriteria Hasil :   1. Nilai dasar frekuensi pernafasan pasien tetap pada 5x / menit 2. Pasien merasa nyaman tanpa adanya tanda depresi pernafasan | 1. Monitor saturasi oksigen 2. Monitor pola nafas 3. Monitor frekuensi irama kedalaman dan upaya nafas 4. Atur posisi pasien semifowler 5. Aturan interfal pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien | 1. Untuk mendeteksi awal tanda tanda gangguan 2. Untuk mengetahui pola nafas pasien 3. Untuk mengetahui ada atau tidaknya otot bantu nafas 4. Untuk menurunkan distres pada pasien 5. Untuk menurukan ansietas pada pasien 6. Untuk mengurangi sesak pada pasien |
| 3. | Gangguan Mobilitas b.d Gangguan Neuromuskular | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan gangguan mobilitas pada pasien dapat teratasi. | Kriteria Hasil   1. Bertambahnya kekuatan otot. 2. Tidak terjadi kontraktur sendi. 3. Tidak terjadi kerusakan integritas kulit (dekubitus) | 1. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 2. Vasilitasi melakukan mobilisasi fisik , jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 4. Anjurkan melakukan ambulasi dini | 1. Menenetukan perkembangan munculnya kembali tanda yang dapat menghambat tercapainya tujuan atau harapan pasien. 2. Latihan ROM pasif dan aktif dapat meningkatkan kekuatan otot 3. Menghindari kerusakan integritas kulit (dekubitus) karena aktifitas *bed rest*. |

**3.2.4. Implementasi Keperawatan**

**Tabel 3. 7** : implementasi keperawatan pada pasien Tn.S tanggal 30 Januari 2020 – 1 Februari 2020 dengan diagnosa medis CVA infark di ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Dx** | **Waktu** | **Tindakan keperawatan** | **TT**  **Perawat** | **Waktu** | **Catatan Perkembangan** | **TT**  **perawat** |
| 1.  2.  3.  1.  2.  3.  1.  2.  3. | Kamis  30/1/20  07.00  08.00  10.00  12.00  14.00  Kamis  30/01/20  14.00  15.00  16.00  18.00  21.00  Kamis  30/01/20  21.00  22.00  00.00  05.00  06.00  07.00  Kamis  30/01/20  07.00  08.30  10.30  14.00  Kamis  30/01/20  14.00  16.45  19.15  21.00  Kamis  30/01/20  21.00  22.00  05.00  07.00  Kamis  30/01/20  07.00  08.25  12.15  13.00  14.00  Kamis 30/01/20  14.00  15.00  16.45  17.35  21.00  Kamis 29/01/20  21.00  22.20  22.00  05.00  06.00  07.00  Jumat 31/01/20  07.00  08.00  09.00  12.00  12.15  14.00  Jumat  31/01/20  14.00  15.00  18.00    21.00  Jumat  31/01/20  21.00  22.00  00.00  05.00  06.00  07.00  Jumat  31/01/20  07.00  08.30  10.30  13.00  Jumat  31/01/20  14.00  15.00  19.56  21.00  Jumat  31/01/20  21.00  22.00  23.00  05.00  06.00  Jumat  31/01/20  07.00  08.25  11.15  13.00  Jumat  31/01/20  14.00  15.00  16.45  18.00  20.00  21.00  Jumat  31/01/20  21.00  22.20  22.00  05.00  06.00  Sabtu 01/02/20  07.00  08.00  09.00  12.00  12.15  14.00  Sabtu  01/02/20  14.00  15.00  16.00  17.00  18.00  21.00  Sabtu  01/02/20  21.00  22.00  00.00  05.00  06.00  07.00  Sabtu 01/02/20  07.00  08.30  14.00  Sabtu 01/02/20  14.00  15.00  16.45  18.00  21.00  Sabtu 01/02/20  21.00  22.00  23.00  05.00  06.00  Sabtu  01/2/20  07.00  08.25  10.15  14.00  Sabtu 01/02/20  14.00  15.00  16.45  17.35  18.00  Sabtu 01/02/20  21.00  22.20  22.00  05.00  06.00 | **Dinas pagi**  Timbang terima  Memberikan inj. Citicolin 500mg/ IV  Melatih komunikasi verbal pasien : hasil pasien tampak belum mampu mengatakan kata **SAYA** dengan baik  Dengan hasil : Pasien berisyarat masih susah berbicara  Memberikan obat per oral  Aptor 100mg : tidak ada respon alergi pada pasien  Melakukan Observasi TTV :  TD :150/67 mmHg  Nadi : 72x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 26x / menit  Spo2 : 94%    **Dinas Sore**  Timbang terima  Menyeka pasien (pasien berbaring diatas tempat tidur)  Memberikan inj. Citicolin 500mg/ IV  Mengulangi perkataan melatih komunikasi verbal pasien : hasil pasien tampak belum mampu mengulang kata **OBAT** dengan baik.  Dengan hasil : Pasien berisyarat masih susah berbicara  Melakukan Observasi TTV :  TD : 140/67 mmHg  Nadi : 82x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 26x / menit  Spo2 : 96%  **Dinas Malam**  Timbang terima  Menganjurkan pasien berstirahat  Memberikan inj. Citicolin 500mg/ IV  Menyeka pasien (pasien berbaring diatas tempat tidur)  Melatih komunikasi verbal pasien :pasien tampak belum bisa mengucapkan kata **MANDI** dengan baik  Dengan hasil : Pasien berisyarat masih susah berbicara  Melakukan Observasi TTV :  Tekanan darah : 140/68 mmHg  Nadi : 87x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 26x / menit  Spo2 : 97%  **Dinas Pagi**  Timbang terima  Memposisikan pasien semi fowler 30˚ menggunakan bed  Melakukan Observasi TTV :  TD : 150/67 mmHg  Nadi : 72x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 26x / menit  Spo2 : 94%  Terpasang masker oksigen NRM 5 lpm  Dengan hasil : Pasien berisyarat sesak sudah berkurang  **Dinas Sore**  Timbang terima  Memberikan pasien posisi semifowler 30˚menggunakan bed  Dengan hasil : Pasien berisyarat sesak sudah berkurang  Memberikan posisi semi fowler 30˚ dengan bed  Melakukan Observasi TTV :  TD : 140/67 mmHg  Nadi : 82x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 26x / menit  Spo2 : 96%  Terpasang masker oksigen NRM 5 lpm  **Dinas Malam**  Timbang terima  Menganjurkan pasien untuk beristirahat dengan memberikan posisi supinasi  Menyeka pasien (pasien berbaring diatas tempat tidur)  Melakukan Observasi TTV :  TD : 140/68 mmHg  Nadi : 87x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 26x / menit  Spo2 : 97%  Terpasang masker oksigen NRM 5lpm  Dengan hasil : Pasien berisyarat sesak sudah berkurang  **Dinas Pagi**  Timbang terima  Membantu pasien mobilisasi miring kiri  Melatih ROM pasien  Dengan hasil : Pasien berisyarat masih belum bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  Menyuapi pasien makan  Membantu menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  Melakukan Observasi TTV :  TD : 150/67 mmHg  Nadi : 72x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 26x / menit  Spo2 : 94%  **Dinas Sore**  Timbang terima  Menyeka pasien (pasien berbaring diatas tempat tidur)  Membantu pasien mobilisasi miring kanan  Melatih ROM pasien  Dengan hasil : Pasien berisyarat masih belum bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  Melakukan Observasi TTV :  TD : 140/67 mmHg  Nadi : 82x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 26x / menit  Spo2 : 96%  **Dinas Malam**  Timbang terima  Memposisikan pasien senyaman mungkin (memberikan posisi supinasi)  Menganjurkan pasien untuk beristirahat  Menyeka pasien(pasien berbaring diatas tempat tidur)  Melatih ROM pasien  Dengan hasil : Pasien berisyarat masih belum bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  Melakukan Observasi TTV :  TD : 140/68 mmHg  Nadi : 87x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 26x / menit  Spo2 : 97%  Terpasang masker oksigen NRM 5lpm  **Dinas Pagi**  Timbang terima  Memberikan inj. Citicolin 500mg/ IV  Melatih komunikasi verbal pasien: pasien belum mampu mengucapkan **NAMA** pasien dengan baik  Dengan hasil :Pasien berisyarat masih susah berbicara  Menyuapi pasien makan  Memberikan obat per oral  Aptor 100mg  Melakukan Observasi TTV :  TD : 132/71mmHg  Nadi : 68x / menit  Suhu : 36,5˚C  RR : 22x / menit  Spo2 : 96%  **Dinas Siang**  Timbang terima  Menyeka pasien pasien (pasien berbaring diatas tempat tidur)  Memberikan inj. Citicolin 500mg/ IV  Menyuapi pasin makan  Melatih komunikasi verbal pasien : pasien belum mampu mengucapkan **ALAMAT** pasien dengan baik  Dengan hasil : Pasien berisyarat masih susah berbicara  Melakukan Observasi TTV :  TD : 149/82mmHg  Nadi : 78x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 20x / menit  Spo2 : 97%  **Dinas Malam**  Timbang terima  Menganjurkan pasien berstirahat  Memberikan inj. Citicolin 500mg/ IV  Menyeka pasien (pasien berbaring diatas tempat tidur)  Melatih komunikasi verbal pasien : pasien belum mampu mengucapkan **NAMA ANAKNYA** dengan baik  Dengan hasil : Pasien berisyarat masih susah berbicara  Melakukan Observasi TTV :  TD : 153/76 mmHg  Nadi : 75x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 21x / menit  Spo2 : 98%  **Dinas Pagi**  Timbang terima  Memposisikan pasien semi fowler 30˚ dengan bed  Dengan hasil : Pasien berisyarat sesak sudah berkurang  Menyuapi pasien makann  Melakukan Observasi TTV :  TD : 153/76 mmHg  Nadi : 75x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 21x / menit  Spo2 : 98%  Terpasang Nasal Kanul 3 lpm  **Dinas Sore**  Timbang terima  Menyeka pasien(pasien berbaring diatas tempat tidur)  Memberikan pasien posisi yang nyaman  Dengan hasil : Pasien berisyarat sesak sudah berkurang  Melakukan Observasi TTV :  TD : 149/82mmHg  Nadi : 78x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 20x / menit  Spo2 : 97%  Terpasang Nasal Kanul 3 lpm  **Dinas Malam**  Timbang terima  Menganjurkan pasien untuk beristirahat  Memberikan posisi supinasi  Dengan hasil :Pasien berisyarat sesak sudah berkurang  Menyeka pasien (pasien berbaring diatas tempat tidur)  Melakukan Observasi TTV :  TD : 153/76 mmHg  Nadi : 75x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 21x / menit  Spo2 : 98%  Terpasang masker oksigen NRM 3 lpm    **Dinas Pagi**  Timbang terima  Membantu pasien mobilisasi miring kiri  Melatih ROM pasien  Dengan hasil : Pasien berisyarat masih belum bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  Membantu pasien makan (menyuapi pasien)  Melakukan Observasi TTV :  TD : 132/71mmHg  Nadi : 68x / menit  Suhu : 36,5˚C  RR : 22x / menit  Spo2 : 96%  **Dinas Sore**  Timbang terima  Menyeka pasien  Membantu pasien mobilisasi miring kanan  Membantu merubah posisi setiap 3-4 jam sekali  Melatih ROM pasien  Dengan hasil : Pasien berisyarat masih belum bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  Melakukan Observasi TTV :  TD : 149/82mmHg  Nadi : 78x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 20x / menit  Spo2 : 97%  **Dinas Malam**  Timbang terima  Memposisikanpasien senyaman mungkin  Menganjurkan pasien untuk beristirahatat  Menyeka pasien (pasien berbaring diatas tempat tidur)  Melakukan Observasi TTV :  TD : 153/76 mmHg  Nadi : 75x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 21x / menit  Spo2 : 98%  **Dinas Pagi**  Timbang terima  Memberikan inj. Citicolin 500mg/ IV  Melatih komunikasi verbal pasien : pasien belum bisa menyebutkan **NAMA ISTRI** dengan jelas  Dengan hasil : Pasien berisyarat masih susah berbicara  Membantu pasien makan  Memberikan obat per oral  Aptor 100mg  Melakukan Observasi TTV :  TD : 140/80mmHg  Nadi : 63x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 19x / menit  Spo2 : 100%  **Dinas Sore**  Timbang terima  Menyeka pasien  Memberikan inj. Citicolin 500mg/ IV  Membantu pasin makan  Melatih komunikasi verbal pasien : pasien belum mampu mengucapkan **UMUR** pasien dengan jelas  Dengan hasil : Pasien berisyarat masih susah berbicara  Melakukan Observasi TTV :  TD : 171/89mmHg  Nadi : 68x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 22x / menit  Spo2 : 98%  **Dinas Malam**  Timbang terima  Menganjurkan pasien berstirahat  Memberikan inj. Citicolin 500mg/ IV  Menyeka pasien  Melatih komunikasi verbal pasien : pasien belum mampu mengucapkan kata **MAKAN** dengan jelas  Dengan hasil : Pasien berisyarat masih susah berbicara  Melakukan Observasi TTV :  TD : 152/87 mmHg  Nadi : 65x / menit  Suhu : 36,2˚C  RR : 20x / menit  Spo2 : 100%  **Dinas Pagi**  Timbang terima  Memposisikan pasien semi fowler 30˚ dengan bed  Dengan hasil : pasien berisyarat sesak sudah berkurang  Melakukan Observasi TTV :  TD : 140/80mmHg  Nadi : 63x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 19x / menit  Spo2 : 100%  **Dinas Sore**  Timbang terima  Menyeka pasien  Memberikan pasien posisi yang nyaman  Dengan hasil : Pasien berisyarat sudah tidak sesak  Melakukan Observasi TTV :  TD :171/89mmHg  Nadi : 68x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 22x / menit  Spo2 : 97%  **Dinas Malam**  Timbang terima  Menganjurkan pasien untuk beristirahat  Memposisikan pasien supinasi  Dengan hasil : Pasien berisyarat sudah tidak sesak  Menyeka pasien  Melakukan Observasi TTV :  TD : 152/87 mmHg  Nadi : 65x / menit  Suhu : 36,2˚C  RR : 20x / menit  Spo2 : 100%  **Dinas Pagi**  Timbang terima  Membantu pasien mobilisasi miring kiri  Melatih ROM pasien  Dengan hasil : Pasien berisyarat sudah bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  Memberikan pasien posisi supinasi agar pasien merasa lebih nyaman  Melakukan Observasi TTV :  TD : 140/80mmHg  Nadi : 63x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 19x / menit  Spo2 : 100%  **Dinas Sore**  Timbang terima  Menyeka pasien  Membantu pasien mobilisasi miring kanan  Melatih ROM pasien  Dengan hasil : Pasien berisyarat sudah bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  Melakukan Observasi TTV :  Tekanan darah : 145/75 mmHg  Nadi : 71x / menit  Suhu : 36,2˚C  RR : 20x / menit  Spo2 : 98%  **Dinas Malam**  Timbang terima  Memposisikanpasien senyaman mungkin memberikan posisi supinasi  Dengan hasil : Pasien berisyarat sudah bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  Menganjurkan pasien untuk beristirahat  Menyeka pasien  Melakukan Observasi TTV :  TD : 152/87 mmHg  Nadi : 65x / menit  Suhu : 36,2˚C  RR : 20x / menit  Spo2 : 100% | *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi* | Kamis  30/1/20  14.00  21.00  07.00  14.00  21.00  07.00  14.00  21.00  07.00  14.00  21.00  07.00  14.00  21.00  07.00  14.00  21.00  07.00  14.00  21.00  07.00  14.00  21.00  07.00  14.00  21.00  07.00 | **Dinas Pagi**  S : Pasien berisyarat masih susah berbicara  O : Pasien tampak susah berbicara  Observasi TTV :  TD :150/67 mmHg  Nadi : 72x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 26x / menit  Spo2 : 94%  A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,2,3  **Dinas Sore**  S : Pasien berisyarat masih susah berbicara  O : Pasien tampak susah berbicara  Observasi TTV :  TD : 140/67 mmHg  Nadi : 82x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 26x / menit  Spo2 : 96%  A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,2,3  **Dinas Malam**  S : Pasien berisyarat masih susah berbicara  O : Pasien tampak susah berbicara  Observasi TTV :  TD : 140/68 mmHg  Nadi : 87x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 26x / menit  Spo2 : 97%  A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,2,3  **Dinas Pagi**  S : Pasien berisyarat sesak sudah berkurang  O : Pasien tampak lebih tenang dan relax  Observasi TTV :  TD : 150/67 mmHg  Nadi : 72x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 26x / menit  Spo2 : 94%  Terpasang masker oksigen NRM 5 lpm  A:Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,2,3  **Dinas Sore**  S : Pasien berisyarat sesak sudah berkurang  O : Pasien tampak lebih tenang dan relax  Observasi TTV :  TD : 140/67 mmHg  Nadi : 82x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 26x / menit  Spo2 : 96%  Terpasang masker oksigen NRM 5 lpm  A:Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,2,3  **Dinas Malam**  S : Pasien berisyarat sesak sudah berkurang  O : Pasien tampak lebih tenang dan relex  Observasi TTV :  TD : 140/68 mmHg  Nadi : 87x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 26x / menit  Spo2 : 97%  Terpasang masker oksigen NRM 5lpm  A: Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,2,3  **Dinas Pagi**  S : Pasien berisyarat masih belum bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  O : Pasien tampak belum bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  Observasi TTV :  TD : 150/67 mmHg  Nadi : 72x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 26x / menit  Spo2 : 94%  A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,2,3  **Dinas Sore**  S : Pasien berisyarat masih belum bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  O : Pasien tampak belum bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  Observasi TTV :  TD : 140/67 mmHg  Nadi : 82x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 26x / menit  Spo2 : 96%  A: Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,2,3  **Dinas Malam**  S : Pasien berisyarat masih belum bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  O : Pasien tampak belum bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  Observasi TTV :  TD : 140/68 mmHg  Nadi : 87x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 26x / menit  Spo2 : 97%  Terpasang masker oksigen NRM 5lpm  A: Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,2,3  **Dinas pagi**  S : Pasien berisyarat masih susah berbicara  O : Pasien tampak susah berbicara  Observasi TTV :  TD : 132/71mmHg  Nadi : 68x / menit  Suhu : 36,5˚C  RR : 22x / menit  Spo2 : 96%  A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,2,3  **Dinas Siang**  S : Pasien berisyarat masih susah berbicara  O : Pasien tampak susah berbicara  Observasi TTV :  TD : 149/82mmHg  Nadi : 78x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 20x / menit  Spo2 : 97%  A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,2,3  **Dinas Malam**  S : Pasien berisyarat masih susah berbicara  O : Pasien tampak susah berbicara  Observasi TTV :  TD : 153/76 mmHg  Nad i : 75x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 21x / menit  Spo2 : 98%  A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,2,3  **Dinas Pagi**  S : Pasien berisyarat sesak sudah berkurang  O : Pasien tampak lebih tenang dan relax  Observasi TTV :  TD : 153/76 mmHg  Nadi : 75x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 21x / menit  Spo2 : 98%  TerpasangNasalKanul 3lpm  A:Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,2,3  **Dinas Sore**  S : Pasien berisyarat sesak sudah berkurang  O : Pasien tampak lebih tenang dan relex  Observasi TTV :  TD : 149/82mmHg  Nadi : 78x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 20x / menit  Spo2 : 97%  TerpasangNasal Kanul 3lpm  A:Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,2,3  **Dinas Malam**  S : Pasien berisyarat sesak sudah berkurang  O : Pasien tampak lebih tenang dan relex  Observasi TTV :  TD : 153/76 mmHg  Nadi : 75x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 21x / menit  Spo2 : 98%  Terpasang masker oksigen NRM 3lpm  A:Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,2,3  **Dinas Pagi**  S :Pasien berisyarat masih belum bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  O :Pasien tampak belum bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  Observasi TTV :  TD : 132/71mmHg  Nadi : 68x / menit  Suhu : 36,5˚C  RR : 22x / menit  Spo2 : 96%  A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,2,3  **Dinas Sore**  S : Pasien berisyarat masih belum bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  O : Pasien tampak belum bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  Observasi TTV :  TD : 149/82mmHg  Nadi : 78x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 20x / menit  Spo2 : 97%  A:Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,2,3  **Dinas Malam**  S :Pasien berisyarat masih belum bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  O : Pasien tampak belajar menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  Observasi TTV :  TD : 153/76 mmHg  Nadi : 75x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 21x / menit  Spo2 : 98%  A:Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,2,3  **Dinas pagi**  S : Pasien berisyarat masih susah berbicara  O : Pasien tampak sudah bisa berbicara meskipun masih pelo  Observasi TTV :  TD : 140/80mmHg  Nadi : 63x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 19x / menit  Spo2 : 100%  A:Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,3  **Dinas Sore**  S : Pasien berisyarat masih susah berbicara  O : Pasien tampak susah berbicara  Observasi TTV :  TD : 171/89mmHg  Nadi : 68x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 22x / menit  Spo2 : 98%  A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,3  **Dinas Malam**  S : Pasien berisyarat masih susah berbicara  O : Pasien tampak susah berbicara  Observasi TTV :  TD : 152/87 mmHg  Nadi : 65x / menit  Suhu : 36,2˚C  RR : 20x / menit  Spo2 : 100%  A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,3  **Dinas Pagi**  S : Pasien berisyarat sudah tidak sesak  O : Pasien tampak lebih tenang dan relax  Observasi TTV :  TD : 140/80mmHg  Nadi : 63x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 19x / menit  Spo2 : 100%  A: Masalah teratasi  P: Intervensi dihentikan  **Dinas Sore**  S : Pasien berisyarat sudah tidak sesak  O : Pasien tampak lebih tenang dan relax  Observasi TTV :  TD :171/89mmHg  Nadi : 68x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 22x / menit  Spo2 : 97%  A:Masalah teratasi  P: Intervensi dihentikan  **Dinas Malam**  S : Pasien berisyarat sudah tidak sesak  O : Pasien tampak lebih tenang dan relex  Observasi TTV :  TD : 152/87 mmHg  Nadi : 65x / menit  Suhu : 36,2˚C  RR : 20x / menit  Spo2 : 100%  A: Masalah teratasi  P: Intervensi dihentikan  **Dinas Pagi**  S : Pasien berisyarat sudah bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  O : Pasien tampak sudah bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  Observasi TTV :  TD : 140/80mmHg  Nadi : 63x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 19x / menit  Spo2 : 100%  A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,3  **Dinas Sore**  S : Pasien berisyarat sudah bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  O : Pasien tampak sudah bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  Observasi TTV :  TD : 171/89mmHg  Nadi : 68x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 22x / menit  Spo2 : 97%  A:Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,3  **Dinas Malam**  S : Pasien berisyarat sudah bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  O : Pasien tampak sudah bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  Observasi TTV :  TD : 152/87 mmHg  Nadi : 65x / menit  Suhu : 36,2˚C  RR : 20x / menit  Spo2 : 100%  A:Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan Dx 1,3 | *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi*  *Selvi* |

**3.2.5 Evaluasi Sumatif**

**Tabel 3.8** : Evaluasi sumatif pada pasien Tn. S tanggal 1 Februari 2020 dengan diagnosa medis CVA infark di ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Waktu** | **Masalah Keperawatan** | **SOAP** |
| 12.10 | Gangguan Komunikasi Verbal | S :Pasien mengatakan sudah bisa berbicara meskipun masih pelo  O : Pasien Tn. S tampak sudah bisa berbicara meskipun masih pelo  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan Dx 1,3 |
| 14.20 | Gangguan Pertukaran Gas | S : Pasien mengatakan sesak sudah berkurang  O : Pasien tampak lebih tenang dan rilex  Observasi TTV :  Tekanan darah : 146/68 mmHg  Nadi : 74x / menit  Suhu : 36˚C  RR : 20x / menit  Spo2 : 99%  A : Masalah teratasi  P : Intervensi di hentikan |
| 16.45 | Gangguan Mobilitas fisik | S : Pasien mengatakan masih belum bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kanan.  O:Pasien tampak sudah bisa menggerakan tangan dan kaki bagian kanan meskipun sedikit  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan Dx 1,3 |

Pasien MRS di ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan membahas tentang kesengajaan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis cva infark di ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa, pelaksanaan, tindakan, evaluasi.

* 1. **Pengkajian**

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

Data yang ditemukan pada tinjauan kasus CVA infark, pasien bernama Tn.S laki laki berusia 67 tahun pada keluhan utama ditemukan bahwa pasien mengalami pelo atau susah berbicara dan juga pasien mengalami gangguan ekstremitas tubuh bagian kanan (tangan dan kaki) terjadinya kerusakan pada nervus XI , kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan mengangkat ektremitas tubuh (tangan dan kaki) bagian kanan. Anggota gerak tangan dan kaki kanan tidak bisa digerakkan atau lumpuh, hal ini terjadi karena adanya emboli yang menyebabkan aneurisme, kemudian mengakibatkan penyumbatan pada pembuluh darah setelah itu akan terjadi penurunan sirkulasi darah ke otak yang menyebabkan aliran darah ke otak terganggu atau tersumbat mengakibatkan lobus parietal yang berfungsi untuk mengatur letak dan posisi bagian tubuh kehilangan fungsi secara akut, akibat penekanan dari penyumbatan yang terjadi pada saluran darah sehingga sirkulasi darah keotak mengalami penurunan yang akan mengakibatkan gangguan kelemahan ekstermitas kanan pasien.

Menurut (Tarwoto, 2013) , Sistem saraf manusia mempunyai struktur yang kompleks dengan berbagai fungsi yang berbeda dan saling mempengaruhi. Satu fungsi saraf terganggu secara fisiologi akan berpengaruh terhadap fungsi tubuh yang lain (Tarwoto, 2013).

Menurut pengkajian dari penulis apa yang terjadi pada pasien Tn.S adalah penurunan kualitas otot yang disebabkan oleh penyempitan penyumbatan pembuluh darah ke otak yang mengakibatkan kurangnya suplai darah ke otak. Otak kecil untuk mengatur atau mengntrol gerakan koordinasi dan juga memelihara keseimbangan.

Hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 29 Januari 2020 jam 19.00 WIB pasien tiba tiba susah untuk bicara dan merasa lemas pada tangan dan kaki sebelah kanan beberapa saat kemudian pasien tidak bisa bicara dan tidak bisa menggerakan tangan dan kakinya sebelah kanannya. Kemudian pasien di bawa oleh keluarga ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Dengan keluhan pasien tiba tiba tidak bisa bicara dan pasien tidak dapat menggerakan tangan dan kakinya bagian kanan. Sesampainya di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Keluarga pasien mengatakan bahwa ini adalah pertama kalinya pasien mengalami sakit seperti ini. Serta keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak berusia 35 tahun.

Menurut (Marantika, Ana Zakiyah, & Enny Virda Y 2019).Hipertensi merupakan faktor resiko yang bisa dikendalikan. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak pecah, maka timbullah perdarahan otak dan apabila pembuluh darah otak menyempit, maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian.

Menurut pandangan penulis hipertensi adalah merupakan faktor resiko stroke yang potensial kurangnya pengetahuan pasien mengenai penyakit stroke mengakibatkan terjadinya serangan stroke lanjutan, dan pemeriksaan secara dini dapat mengurangi dampak yang lebih besar. Mengubah pola hidup menjadi lebih sehat dengan mengurangi garam, makanan berlemak dan perbanyak makan sayur, buah dan minum air putih.

1. Pemeriksaan fisik
2. Keadaan umum

Keadaan umum pasien tampak mengalami kelemahan dibagian ekstermitas bagian kanan dan bawah kesadaran composmetis dengan hasil observasi tanda tanda vital, tekananan darah 146/68 mmHg frekuensi nadi 74x/menit suhu 36˚C frekuensi nafas 20x/menit SPO2 99% dengan GCS E:4 V:4 M:6. Hasil pengamatan penulis setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan mengontrol hipertensi dan latihan ROM, keadaan pasien menunjukan keadaan yang membaik.

1. B1 (*breath)*

Bentuk dada pasien normocest, pergerakan dada simetris, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, pasien mengatakan sesak dan terpasang masker oksigen 5lpm ,tidak ada batuk, saat dipalpasi pasien mengatakan tidak ada nyeri tekan pada bagian leher, tidak ada odema atau cairan. Tidak ada sputum, saat diperkusi didapatkan sonor, irama ireguler, saat di auskultasi tidak ada suara nafas tambahan , gurgling (-), ronkhi (-), wheezing (-).

1. B2 *( Blood)*

Didapatkan pasien Tn. S dengan tekanan darah : 191 /100 mmHg, CRT : < 2 detik, saat dipalpasi nadi dengan *heart rate* (HR: 80x/menit) tidak ada nyeri tekan pada bagian dada tidak ada pembesaran getah bening, akral teraba hangat. Saat di perkusi irama sonor, didapat irama jantung S1 S2 reguler.

1. B3 *( brain)*

Saat dilakukan pengkajian persyarafan didapatkan kelemahan fisik padaanggota tubuh lengan dan kaki kanan. Nervus I (Olfaktorius), Pasien mampu membedakan bau makanan dan bau obat obatan dengan mata tertutup. Nervus II (Optikus), Pasien mampu melihat disemua lapang pandang dengan normal. Nervus III (Okulomtorius) Pasien mampu membuka mata dengan maksimal. Nervus IV (Trochlearis) Pasien mampu menggerakkan bola mata keatas dan kebawah. Nervus V (Trigeminus) Pasien kurang mampu menggerakkan rahangnya dan tampak kaku saat membuka mulut dengan maksimal. Nervus VI (Abducens) Pasien mampu menggerakan bola matanya. Nervus VII (Fasialis) pasien tampak kurang dapat mengekspresikan wajah ,tampak rahang terbukakurang maksimal,dan pasien bicara tidak jelas. Nervus VIII (Akustikus) Fungsi Pendengaran normal, Pasien mampu mendengarkan suara perawat dan merespon apa yang disampaikan oleh perawat. Nervus N.IX (Glosofaringeus) Pasien mampu menelan makanan dengan baik, tidak ada gangguan pada proses menelan. Nervus X (Vagus) Tidak ada reflek tersedak ketika pasien makan dan minum. Nervus XI (Asesorius) Tidak ada gangguan terhadap pergerakan leher dan kepala. Nervus XII (Hipoglosus) Pasien mampu menjulurkan lidahnya.

1. B4 (*bladder)*

Saat di inspeksi kebersihan tampak besih, pasien memakai pempres, tampak ekskresi lancar, tidak ada distensi kandung kemih pada pasien, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, pasien terpasang kateter urine No. 16 pukul 22.10 WIB.

1. B5 (*bowel)*

Saat di inspeksi tidak ada lebam perut, tidak ada lesi pada lidah atau mulut, tampak mulut bersih, tidak terdapat gigi palsu pada mulut pasien, mukosa bibir lembab, pola makan dirumah pasien mengkonsumsi nasi, sayur dan lauk pauk, tidak ada pembengkakan abdomen atau asites, tidak ada nyeri pada abdomen, tidak ada pembesaran hepar.

Pemerikasaan ADL : pola kebutuhan nutrisi pasien cukup karena pasien sudah mengkonsumsi makanan empat sehat lima sempurna seperti nasi, sayur, laut pauk,dan buah buahan, Tn.S mengkonsumsi makan 3x sehari. Pola eliminasi : BAK baik tidak ada masalah, urine berwarna kuning pekat, BAB 1x sehari lunak, berbau khas.Pola tidur : pasien Tn. S tidur kurang lebih 5 jam sehari Pola kebersihan : pasien mandi 2x sehari, 2 hari sekali keramas , pasien menggosok gigi 2x sehari.

1. B6 *(bone)*

saat dilakukan pengkajian rambut berwana putih/beruban,kulit kepala tidak ada lesi, warna kulit kuning langsat, kuku kotor, turgor kulit baik ROM mengalami lemah pada ekstermitas bawah :Kekuatan otot : 2222 5555 2222 5555

Tampak Ekstremitas Atas tangan kiri dapat menggenggam kuat, Tangan kanan tampak lemah. Ekstremitas Bawah Kaki kiri dapat menahan dengan kuat, kaki kanan lemah. Kulit kepala bersih, tidak ada benjolan, warna rambut hitam dan putih beruban, warna kulit sawo matang, tidak terdapat lesi pada anggota tubuh pasien.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus, terdapat 3 diagnosa prioritas yang muncul pada tinjauan kasus yaitu :

1. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan muscular
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular
5. Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
7. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
8. Penurunan kapasitas adiptif intracranial berhubungan dengan stroke infark

Namun berdasarkan delapan diagnosa pada tinjauan pustaka tidak semua ada pada tinjauan kasus, diagnose keperawatan yang muncul pada waktu dilakukan pengkajian oleh penulis terhadap pasien yaitu :

1. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular. Gangguan komunikasi verbal merupakan ketidakemampuan untuk menerima, memproses, menghantarkan, dan menggunakan simbol yang ditandai dengan pasien tidak dapat bicara, kesulitan menyusun kalimat, sulit bicara atau pelo. Pada pengkajian menurut (Tarwoto, 2013) didapatkan pasien dapat memahami bahasa lisan pasien dapat mengerti tetapi tidak bisa menjawab dan bicara tidak lancar. Diagnosa tersebut diangkat karena terdapat beberapa kondisi yang sesuai dengan teori, yang pada akhirnya berfokus pada intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien yang bertujuan untuk mengurangi/menghilangkan tanda dan gejala yang diderita oleh pasien. Pada tinjauan kasus ini pasien terdapat tanda-tanda gangguan komunikasi verbal. Jadi antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan.
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan vertilasi perfusi. Gangguan pertukaran gas disebabkan karena adanya penyempitan saluran pernafasan yang disebabkan oleh spasme otot polos saluran nafas, penyempitan ini menyebabkan gangguan vertilasi tidak merata dalam sirkulasi darah pulmonal dan gangguan difusi gas ditingkat alvoli. Menurut (Tarwoto, 2013) tanda gejala berupa pasien mengalami dispnea PCO2 menurun , takikardi, pola nafas tidak normal, dan pasien tampak pucat. Diagnosa tersebut diangkat karena terdapat beberapa kondisi yang sesuai dengan teori, yang pada akhirnya berfokus pada intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien yang diderita oleh pasien. Pada tinjauan kasus ini pasien terdapat tanda-tanda gangguan pertukaran gas. Jadi antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan.
3. Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan neuomuskular. Gangguan mobilitas fisik disebabkan karena adanya gangguan neuromuskular yang menyebabkan penurunan tonus otot dan kemampuan ekstremitas tidak mampu melakkan mobilitas fisik, tanda dan gejalanya berupa keterbatasan kemampuan melakukan ketrampilan motorik halus, keterbatasan kemampuan melakukan ketrampilan motorik kasar, keterbatasan rentan pergerakan sendi. Diagnosa keperawatan ini muncul dikarenakan pada tinjauan kasus didapatkan data objektif pasien mengalamai kelemahan ekstremitas tangan dan kaki sebelah kanan. Pada kondisi stroke terjadi penurunan mekanisme aliran darah marteri sehingga otak kekurangan oksigen dan terjadi hipoksia jaringan, kondisi ini menyebabkan iskemia otak, Penulis mengangkat diagnosa ini dikarenakan terdapat gangguan atau kelumpuhan pada ekstrimitas tangan kanan dan kaki kanan pasien. yang disebabkan penyempitan pembuluh darah yang menekan otak kecil untuk mengontrol gerakan kordinasi dan memelihara keseimbangan.
   1. **Perencanaan**

Pada perencanaan tinjauan kasus menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), ketrampilan mengenai masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku klien (psikomotor)(Judha & Rahil, 2011).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan klien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

1. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kerusakan komunikasi verbal pasien dapat teratasi. Kriteria hasilnya adalah pasien mampu mengkomunikasikan kebutuhan dan keinginan pasien dengan kata kata, pasien mampu menyusun kata kata, dan pasien dapat mempertahankan tingkat komunikasi yang efektif. Pada tinjauan pustaka dan kasus untuk melakukan perencanaan ini dilakukan observasi pasien secara ketat agar dapat mengetahui isyarat kebutuhan dan keinginan seperti isyarat, menunjuk objek, melihat suatu benda, dan pantonim dengan tujuan isyarat nonverbal memberikan arti untuk melakukan tindakan. Mengobservasi dan catat perubahan pola bicara dan tingkat orientasi pasien dengan tujuan perubahan dapat mengindikasikan peningkatan atau penurunan kondisi pasien. Memberikan dukungan upaya pasien dalam komunikasi dan berilah penguatan positif untuk membantu pemahaman pasien. Memberi arahan ulang dan katakan pertanyaan degan kalimat lain bila perlu . Berikan dukungan psikologis pada pasien untuk memotivasi pasien. Tinjau ulang hasil diagnostik pasien. Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara. Untuk memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara. Kolaborasi dengan rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis untuk membntu proses pemulihan bicara pada pasien.
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam dengan tujuan diharapkan gangguan pertukaran gas teratasi dengan kriteria hasil, nilai dasar frekuensi pernafasan pasien tetap pada 5x/ menit, dengan intervensi pasien merasa nyaman tanpa adanya tanda depresi pernafasan, karena untuk mengurangi sesak pada pasien
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu meningkatkan fungsi bagain tubuh yang terganggu atau terpengaruh, mempertahankan posisi fungsi yang optimal, dan mampu mempertahankan integritas kulit. Kriteria hasilnya adalah bertambahnya kekuatan otot, tidak terjadi kontraktur sendi, tidak terjadi kerusakan integritas kulit (dekubitus). Pada tinjauan pustaka dan kasus untuk melakukan perencanaan ini dilakukan Observasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya pada pasien untuk mengetahui kondisi pasien. Mengubah posisi pasien setiap 2 jam untuk menghindari dari resiko gangguan integritas kulit. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien latihan ROM pasif dan aktif dapat meningkatkan kekuatan otot. Memberikan edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien dan keluarga untuk membuat pasien dan keluarga mengerti tujuan serta prosedur mobilisasi. Melakukan kolaborasi dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif dan ambulasi pasien Program yang khusus dapat dikembangkan untuk menemukan kebutuhan yang berarti / menjaga menjaga kekurangan tersebut dalam keseimbangan, kordinasi dan kekuatan.
   1. **Pelaksanaan**

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan. (Judha & Rahil, 2011).

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan klien yang sebenarnya.

Dalam melaksanakan pelaksanaan ini hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan pada Tn. S yaitu antara lain adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan dari tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

1. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular dengan tekanan darah 146/68mmHg, nadi 74x/ menit, suhu 36˚C, RR 20x / menit, Spo2 99% dilakukan tindakan keperawatan memberikan inj.Citicolin 500mg/ IV pasien tidak menunjukan respon alergi pada obat yang telah diberikan , melatih komunikasi verbal pasien atau terapi wicara, membantu pasien makan 1 porsi habis , memberikan obat per oral, aptor 100mg pasien tidak menunjukan respon alergi pada obat yang telah diberikan. Pada tanggal 01 februari masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal pada pasien Tn.S Belum teratasi. Intervensi dilanjutkan yaitu diagnosa gangguan komunikasi verbal dan diagnosa gangguan mobilitas fisik.
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi – perfusi dengan tekanan darah 146/68mmHg, nadi 74x / menit, suhu 36˚C, RR 20x / menit, Spo2 99% dilakukan tindakan keperawatan memberikan pasien posisi yang nyaman seperti posisi semi fowler 30˚mengatur menggunakan bed dan menganjurkan pasien agar tetap dalam keadaan relax. Pada tanggal 01 februari masalah gangguan pertukaran gas pada pasien Tn.S Telah teratasi. Intervensi dihentikan yaitu ganggan pertukaran gas.
3. Gangguan mobilitas berhubungan dengan gangguan neuromuskular tekanan darah 146/68mmHg, nadi 74x / menit, suhu 36˚C, RR 20x / menit, Spo2 99%,dilakukan tindakan keperawatan memandikan pasien, membantu pasien mobilisasi miring kanan, melatih ROM pasien, mengkaji motorik, sensorik dan reflek menganjurkan merubah posisi setiap 3-4 jam sekali. Pada tanggal 01 februari masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien Tn.S Belum teratasi. Intervensi dilanjutkan yaitu diagnosa gangguan komunikasi verbal dan diagnosa gangguan mobilitas fisik.
   1. **Evaluasi**

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

1. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dengan tujuan setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan gangguan komunikasi verbal teratasi dengan kriteria hasil pasien mampu mengkomunikasikan kebutuhan dan keinginan pasien dengan kata-kata. Pada tanggal 01 februari masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal pada pasien Tn.S Belum teratasi karna pasien belum mampu berbicara dengan jelas dan belum mampu berkomunikasi dengan baik. Intervensi dilanjutkan yaitu diagnosa gangguan komunikasi verbal dan diagnosa gangguan mobilitas fisik.
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi dengan tujuan setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan gangguan pertukaran gas teratasi dengan kriteria hasil pasien merasa nyaman tanpa adanya tanda depresi pernafasan dan dapat diatasi selama 3 hari memberikan pasien posisi yang nyaman seperti posisi semi fowler 30˚mengatur menggunakan bed dan menganjurkan pasien agar tetap dalam keadaan relax. Pada tanggal 01 februari masalah gangguan pertukaran gas pada pasien Tn.S telah teratasi. Intervensi dihentikan yaitu gangguan pertukaran gas.
3. Gangguan mobilitas berhubungan dengan gangguan neuromuskular dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan ganguan mobilitas teratasi dengan kriteria hasil bertambahnya kekuatan otot dan tidak terjadi kekakuan sendi dan dapat diatasi selama 3 hari. Dilakukan tindakan keperawatan memandikan pasien, membantu pasien mobilisasi miring kanan,melatih ROM pasien,mengkaji motorik, sensorik dan reflek menganjurkan merubah posisi setiap 3-4 jam sekali. Pada tanggal 01 februari masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien Tn.S Belum teratasi karna pasien belum mampu menggerakananggota tubuh pasien. Intervensi dilanjutkan yaitu diagnosa gangguan komunikasi verbal dan diagnosa gangguan mobilitas fisik.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat teratasi sebagian karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan seara langsung pada klien dengan kasus cva infark di ruang Stroke Unit Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan kasus cva infark.

* 1. **Simpulan**

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

1. Pengkajian pada Tn.S didapatkan pasien cva infark didapatkan pasien sulit bicara pelo, tidak bisa menggerakan tangan dan kaki bagian kanan
2. Masalah keperawatan yang muncul ditemukan pada klien stroke infark adalah :
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
4. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi.
5. Gangguan mobilitas berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
6. Perencanaan keperawatan yang utama dilakukan pada penyakit cva infark adalah terapi obat dan terapi fisik. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada klien dengan cva infark dengan masalah keperawatan Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular, Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi, Gangguan mobilitas berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Setelah dilakukan asuhan keperawatan gawat darurat sudah teratasi sehingga pasien dilanjut perawatan di ruang inap saraf paviliun 7.
7. Beberapa tindak mandiri keperawatan pada klien dengan CVA Infark menganjurkan keluarga untuk melatih pasien agar sering berbicara dikarenakan pada kasus CVA infark terdapat pembekuan darah yang mengakibatkan kelumpuhan sehingga perlu dilatih dengan mengajak pasien agar sering berbicara. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan keluarga secara aktif dalam pelaksaan asuhan keperawatan karena banyak tindakan yang memerlukan kerjasama antara perawat, pasien dan keluarga.
8. Pada akhir evaluasi sebagian tujuan telah tercapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Tn. S. Masalah teratasi sebagian.
9. Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan dalam tertulis yang diletakkan pada catatan perkembangan keadaan Tn.S yang menunjukkan adanya perbaikan keadaan umum waktu pasien masuk stroke unit tanggal 30 januari 2020 samapai 01 februari 2020.
   1. **Saran**

Bertolak dari simpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

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

**DAFTAR PUSTAKA**

Dewi Rayani, Dewi Nur Sukma Purqoti, dan M. A. (2019). Gambaran kemampuan adaptasi psikologis pasien stroke di RSUD Provinsi NTB. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Judha, M., & Rahil, N. hamdani. (2011). *Sistem Persarafan (Dalam Asuhan Keperawatan* (S. Riyadi, ed.). Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Marantika, D. A. K., Ana Zakiyah, M. K., & Enny Virda Y., S.Kep.Ns., M. K. (2019). *Asuhan Keperawatan Resiko Gangguan Perfusi Jaringan Serebral pada Pasien CVA Infark di RSUD Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto*.

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

Oliver, J. (2018). Asuhan keperawatan pada klien yang mengalami CVA infark dengan defisit perawatan diri di RSI Sakinah Mojokerto. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. jakarta: PPNI.

Rizki, W., Santosa, B., Nur, A., & Trisnain, S. (2019). Pengaruh pendidikan kesehatan pre-hospital stroke terhadap pengetahuan dan self-efficacy masyarakat dalam melakukan tindakan pertolongan pre-hospital stroke. *Jurnal Gawat Darurat*, *1 No 1*(1), 31–38. Retrieved from http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/JGD/article/view/506/302

Sinaga, B. P. (2019). *Penerapan Proses Asuhan Keperawatan Kepada Pasien Stroke*. https://doi.org/https://doi.org/10.31227/osf.io/72n9j

Tarwoto. (2013). *Keeperawatan Medikal Bedah*. jakarta: Sagung Seto.

Widagdo, W., Suharyanto, T., & Aryani, R. (2012). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. jakarta: Trans Info Media.

**LAMPIRAN**

Standar Operasional Prosedur (SOP)

Oral Hygiene

**DEFINISI**

Tindakan yang dilakukan oleh seorang perawat untuk membersihkan gigi pasien dari sisa-sisa makanan atau kotoran dengan menggunakan kain kasa dan dilakukan pada pasien yang tidak dapat melakukan sendiri.

**TUJUAN**

Tujuan dari Oral Hygiene adalah sebagai berikut :

1. Mencegah penyakit gigi dan mulut
2. Mencegah penyakit yang penularannya melalui mulut
3. Memperaiki fungsi mulut untuk meningkatkan nafsu makan
4. Mencegah infeksi gigi dan gusi
5. Mempertahankan kenyamanan rongga mulut

**PROSEDUR PERSIAPAN :**

1. Persiapan Alat :
2. Handuk
3. Gelas kumur berisi air matang / air garam /Nacl 0,9%
4. Bak steril berisi kapas lidi, pinset sirugis , dan kasa
5. Tongspatel yang dibungkus kasa
6. Handscoon bersih
7. Bengkok
8. Perlak atau pengalas
9. Persiapan pasien dan lingkungan tahap pra interaksi :
10. Menjelaskan tindakan atau program pengobatan
11. Mencuci tangan
12. Mempersiapkan alat
13. Persiapan pasien dan lingkungan tahap orientasi :
14. Memberikan salam
15. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan
16. Menanyakan kesiapan pasien sebelum tindakan dilakukan

**PELAKSANAAN**

1. Menjaga privacy pasien
2. Memasang handuk atau alas dibawah dagu pasien
3. Memakai sarung tangan atau handscoon
4. Basahi kasa menggunakan air matang / air garam /Nacl 0,9%
5. Membuka mulut pasien menggunakan sudip atau tongspatel lidah yang sudah dibungkus menggunakan kasa
6. Membersihkan rongga mulut mulai dari dinding gusi gigi dan gigi luar hingga bersih
7. Merapikan pasien

Tahap terminasi :

1. Mengevaluasi hasil tindakan
2. Berpamitan dengan pasien
3. Merapikan alat
4. Memcuci tangan
5. Mencatat kegiatan atau mendokumentasikan dalam lembar catatan keperawatan (Nurarif & Khusuma, 2015).