**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS**

**CVA INFARK HARI KE-3 DI RUANG STROKE UNIT**

**RSPAL Dr. RAMELANSURABAYA**

****

**Oleh:**

**CICIK YUANITA WULANDARI**

**NIM. 172.0021**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

 **SURABAYA
2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS**

**CVA INFARK HARI KE-3 DI RUANG STROKE UNIT**

**RSPAL Dr. RAMELANSURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**

****

**Oleh:**

**CICIK YUANITA WULANDARI**

**NIM. 172.0021**

 **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 ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan pengaturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

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

 Surabaya, 19 Februari 2020



 CICIK YUANITA WULANDARI

 NIM. 172.0021

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Cicik Yuanita Wulandari

NIM : 172.0021

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A DENGAN 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 (Amd.Kep)**

 Surabaya, Februari 2020

**Pembimbing**

****

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

**Nip :03.006**

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 19 Februari 2020

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah dari :

 Nama : Cick Yuanita Wulandari

 NIM : 172.0021

 Program Studi : D-III Keperawatan

Judul KTI : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A DENGAN 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 : Jumat, 28 Februari 2020

 Bertempat di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat di terima 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,

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D-III Keperawatan

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

NIP. 03.007

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 28 Februari, 2020

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“**Kamu bisa menjadi apa yang kamu inginkan, asal jangan melakukan tindakan dengan imajinasimu saja, hidup tidak semudah itu**”

Kupersembahkan Karya Tulis yang sederhana ini untuk :

1. Allah SWT yang telah memberikan segala kemudahan dan kelancaran dalam penyelesaian tugas KTI.
2. Ayahanda tercinta Didik Sunjoyo dan Ibunda Purwanti yang selalu memberikan hal yang terbaik, membimbing dan banyak memberikan dukungan kepada saya.
3. Adek saya Ervina May Desak Maharani dan Chintya Janear Ambar Agasi serta keluarga tercinta saya yang selalu mendoakan dan memberikan motivasi kepada saya.
4. Untuk dosen pembimbing Institusi dan Pembimbing Lahan yang sudah membimbing dan memberikan ilmunya untuk menyelesaikan KTI ini.
5. Teman-teman D3 seperjuanganku, khususnya D3-3A.
6. Teman satu kelompok KTI saya Selvi Rere dan Andre Wahyu yang saling menyemangati satu sama lain, yang juga berjuang dalam penyusunan KTI.
7. Untuk Septiawan Rizki Arisandi yang selalu memberikan motivasi dan semangat kepada saya.
8. Sahabat-sahabat saya Uci Kunia Wulandari, Maria Ade Yolanda, Mellysa Rahayu, dan Angela Veronica Tan yang selalu memberikan semangat kepada saya.

**Kata Pengantar**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL, Sp.KL selaku kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk menyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Kolonel Laut (Purn) Wiwiek Liestyaningrum, M.Kep selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Dya Sustrami, S.kep., Ns., M.Kes. selaku Kepala Rrogram Studi D-III 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 I, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Ceria Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. 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 penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian.

Selanjutanya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilimah 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 manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

 Surabaya. 19 Februari 2020

 Penulis

**DAFTAR ISI**

HALAMAN JUDUL i

SURAT PERNYATAAN iii

HALAMAN PERSETUJUAN iv

HALAMAN PENGESAHAN v

MOTTO DAN PERSEMBAHAN vi

KATA PENGANTAR vii

DAFTAR ISI ix

DAFTAR TABEL xi

DAFTAR GAMBAR xii

DAFTAR SINGKATAN xiii

**BAB 1 PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang 1
	2. Rumusan Masalah 3
	3. Tujuan Penulisan 3
		1. Tujuan Umum 3
		2. Tujuan Khusus 4
	4. Manfaat 4
	5. Metode Penulisan 5
		1. Metode 5
		2. Tehnik Pengumpulan Data 5
		3. Sumber Data 6
		4. Studi Kepustakaan 6
	6. Sistematika Penulisan 7

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Penyakit 8

2.1.1 Anatomi Fisiologi 9

2.1.2 Pengertian cva 9

2.1.3 Eiologi 10

2.1.4 Manifestasi Klinik 12

2.1.5 Tanda Dan Gejala Umum Stroke 12

2.1.6 Komplikasi 13

2.1.7 Patofiologi 14

2.1.8 Penatalaksanaan Stroke 15

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang 16

2.1.10 Pencegahan 17

2.2. Asuhan Keperawatan 17

2.2.1 Pengkajian 17

2.2.2 Perencanaan 26

2.2.3 Pelaksanaan 31

2.2.4 Evaluasi 31

2.3 Kerangka Masalah 32

**BAB 3 TINJAUAN KASUS**

* 1. Pengkajian 33
		1. Identitas 33
		2. Keluhan utama 33
		3. Riwayat Penyakit Sekarang 33
		4. Riwayat Penyakit Dahulu 34
		5. Riwayat Penyakit Keluarga 34
		6. Riwayat alergi 34
		7. Keadaan umum 34
		8. Genogram 35
		9. Pemeriksaan fisik 35
	2. Data penunjang 39
	3. Terapi medis 40
	4. Hasil foto thorax 41
	5. Hasil foto CT scan 42

**BAB 4 PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian 119

4.2 Diagnosa Keperawatan 124

4.3 Perencanaan 127

4.4 Pelaksanaan 130

4.5 Evaluasi 133

**BAB 5 PENUTUP**

5.1 Simpulan 135

5.2 Saran 137

Daftar Pustaka 138

Lampiran 139

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Kerangka Masalah 32

Tabel 3.1 Pemeriksaan Labolatorium 39

Tabel 3.2 Terapi Obat 40

Tabel 3.3 Analisa Data 43

Tabel 3.4 Prioritas Masalah Keperawatan 48

Tabel 3.5 Rencana Keperawatan 49

Tabel 3.6 Implementasi Dan Evaluasi 50

**DAFTAR GAMBAR**

Daftar Gambar 2.1 Anatomi Otak Dan Bagian Otak 9

**DAFTAR SINGKATAN**

N : Nervus

O2 : Oksigen

IV : Intra Vena

TIA : *Transion Infark Attack*

DM : Diabetes Militus

WIB : Waktu Indonesia Barat

EKG : *Elektro Cardio Grafi*

GCS : *Glasgow Coma Scale*

TB : Tinggi Badan

BB : Berat Badan

ICS : Intercosta

CRT : Capillary Reflil Time

HGB : Hemoglobin

HCT : Hematokrit

K : Kalium

Cl : Kalsium

MRS : Masuk Rumah Sakit

KRS : Keluar Rumah Sakit

IGD : Instalasi Gawat Darurat

WBC : *White Blood Cell*

S1 S2 : Suara 1 Suara 2

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buang Air Kecil

ROM : *Range Of Motion*

BPJS : Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

TD : Tekanan Darah

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

**1.1 Latar Belakang Masalah**

Stroke atau *Cerebro Vasculer Accident* menurut World Health Orgnization (WHO) adalah gelaja gejala defisit fungsi susunan saraf yang diakibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak dan bukan oleh yang lain dari itu. CVA merupakan penyakit serebrovaskuler (pembuluh darah otak) karena kematian jaringan otak (infark serebral) yang disebabkan oleh berkurangnya aliran darah karena adanya sumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah. CVA termasuk sindrom klinis yang timbul secara mendadak, prosesnya cepat, berupa defisit neurologis fokal ataupun global, yang berlangsung 24 jam atau lebih. Bila gangguan peredaran darah otak ini berlangsung sementara, beberapa detik hingga beberapa jam (kebanyakan 10-20 menit), tapi kurang dari 24 jam disebut sebagai iskemia otak (sepintas ischemia attack = TIA) (Pudiastuti, 2011)..

Angka kejadian CVA dari data World Health Organization (WHO) tahun 2012 menunjukkan sekitar 31% dari 56,5 juta orang atau 17,7 juta orang di seluruh dunia meninggal akibat penyakit jantung dan pembuluh darah. Dari seluruh kematian akibat penyakit kardiovaskuler, sebesar 7,4 juta disebabkan oleh penyakit jantung koroner, dan 6,7 juta disebabkan oleh stroke. Berdasarkan data Riset kesehatan dasar tahun 2013 Prevalensi stroke nasional sebesar 12,1%, tertinggi terdapat di provinsi Sulawesi Selatan (17,9%) dan sementara itu terendah di provinsi Papua Barat, Lampung dan Jambi (5,3%). Sedangkan

menurut sample Registration System (SRS) Indonesia tahun 2014 menunjukkan stroke merupakan penyebab kematian utama, yaitu sebesar 21,1% dari seluruh penyebab kematian untuk semua kelompok umur (Depkes, 2013). Di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dalam tiga bulan terakhir dari bulan oktober – desember terdapat 161 kunjungan dengan diagnosa CVA infark 63 pasien penderita mayoritas berumur sekitar 75 tahun.

CVA berkaitan erat dengan tekanan darah tinggi yang mempengaruhi munculnya kerusakan dinding pembuluh darah tidak merata. Akibatnya, zat-zat yang terlarut seperti kolestrol, kalsium dan lain sebagainnya akan mengendap pada dinding pembuluh yang dikenal dengan istilah penyempitan pembuluh darah. Bila penyempitan pembuluh darah terjadi pada waktu yang lama, akan mengakibatkan suplai darah ke otak menjadi berkurang, bahkan terhenti yang kemudian menimbulkan CVA. (Pudiastuti, 2011). Masalah dari beberapa pasien yang mengalami CVA infark diantaranya adalah kelemahan pada salah satu ekstermitas tubuh, adanya gangguan pada salah satu nervus misalnya pada nervus IX pada fungsi menelan. Beberapa masalah yang muncul selain itu adalah adanya peningkatan TIK, gangguan bicara (afisia), gangguan menelan (disfagia), vertigo, serta bicara pelo atau cadel (disartria). Penanganan pada penderita CVA ada 3 yaitu, mempertahankan tekanan darah, fungsi persyarafan (pemberian oksigen yang adekuat diperlukan untuk memperbaiki metabolisme diberikan nasal 24 lpm, cairan dan elektrolit harus secara ketat, regulasi suhu tubuh (suhu tubuh <37,5°C karena peningkatan suhu tubuh dapat memperluas jaringan infark). Dalam mengatasi masalah ketidak efektifan perfusi jaringan serebral tindakan keperawatan yang dapat diberikan antara lain memberi posisi elevasi 30 derajat (bertahap) serta memantau tekanan darah, untuk masalah resiko aspirasi tindakan keperawatan yang dilakukan yakni screening disfagia, untuk hambatan mobilitas fisik tindakan keperawatan yang diberikan ROM aktif dan pasif, dan untuk masalah hambatan komunikasi verbal tindakan keperawatan yang diberikan yakni melatih otot wajah pasien. Selain memberikan asuhan keperawatan secara holistik diperlukan pengetahuan yang luas dalam memberi health education dan peranan penting untuk penyembuhan bagi pasien dengan CVA infark.

Sesuai kasus diatas maka penulis tertarik untuk membahas tentang perawatan pasien dengan stroke sebagai bahan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. A dengan Asuhan Keperawatan Diagnosa Medis CVA Infark”

**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 Tn. A dengan diagnosis CVA infark di Ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”

**1.3 Tujuan Penelitian**

**1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis CVA infark di ruang Stoke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

**1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi pengkajian pasien dengan diagnosis CVA infark di ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosis CVA infark di ruang Stroke Unit RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis CVA infark di ruang Stroke Unit RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis CVA infark di ruang Stroke Unit RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

5. Mengevaluasi pasien dengan diagnosis CVA infark di ruang Stroke Unit RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis 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 :

**1.4.1 Akademis**

 Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis CVA infark.

**1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :**

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit.

 Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan kesehatan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis CVA infark dengan baik.

2. Bagi peneliti

 Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis CVA infark.

3. Bagi profesi kesehatan

 Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis CVA infark.

**1.5 Metode Penulisan**

**1.5.1 Metode**

Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif, yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan proses pendekatan proses keperawatan dengan langkah langkah pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan hingga evaluasi.

**1.5.2 Teknik Pengumpulan Data**

1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui anamnesa secara langsung dengan pasien, percakapan dengan keluarga pasien maupun dari tim kesehatan lain.

2. Observasi

Data yang diambil adalah data yang melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati. Serta percakapan dengan pasien, keluarga pasien maupun tim kesehatan lainnya.

3. Pemeriksaan

 Data yang didapatkan meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang untuk menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

**1.5.3 Sumber data**

1. Data Primer

Data primer merupakan data penulis yang dapatkan secara langsung dari pasien.

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan suatu data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

**1.5.4 Studi Kepustakaan**

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku, jurnal, e-book, serta beberapa sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas oleh penulis. Penulis mempelajari beberapa buku yang berhubungan dengan diagnosis CVA infark.

**1.6 Sitematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu:

* + 1. Bagian awal

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

* + 1. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1 : pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah

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

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

BAB 4 : pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

* + 1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

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

**2.1 Konsep Penyakit**

**2.1.1 Anatomi dan Fisiologi**

Susunan saaf adalah suatu sistem yang mengontrol tubuh kita, yang terus-menerus, menghantarkan, dan memproses suatu informasi. Bersama sistem hormon, susunan saraf mengkoordinasikan semua proses fungsional dari berbagai jaringan tubuh (Junaidi, 2011).

Otak merupakan kumpulan sel-sel saraf yang paling besar dalam tubuh manusia. Beratnya sekitar 1400 gram. Dari dalam ke arah luar, otak diselubungi oleh tiga lapisan meninges. Lapisan pelindung yang paling luar oleh tengkorak. Otak bukan massa yang uniform, melainka suau organ yang sangat kompleks. Bagian tertua dari perkembangannya adalah daerah tempat bersatunnya otak dengan medulla spinalis. Bagian ini mengontrol beberapa fungsi vital seperti bernapas serta mengatur sirkulasi serta irama tidur dan bangun. Bagian perkembangan termuda, antara lain mengatur fungsi kecerdasan, terletak disekitar struktur yang lebih tua tadi dan seperti menyelubunginnya (Junaidi, 2011).

Otak dibagi menjadi tiga bagian besar, yaitu serebrum, batang otak, dan srebellum. Batang otak dilindungi oleh tulang tengkorak dari cedera. Empat tulang yang berhubungan membentuk tulang tengkorak yaitu tulang frontal, parietal, temporal, dan oksipital.

1. Meningen

Bagian bawah tengkorak dan medula spinalis ditutupi oleh tiga membran atau meningen. Komposisi meningen berupa jaringan serabut penghubung yang melindungi, mendukung, dan memelihara otak. Meningen terdiri atas dura mater, arakhnoid, dan pia meter.

1. Serebrum

Serebrum (*cerebrum*) adalah bagian terbesar dari otak yang terdiri atas dua hemisfer serebri dan dihubungkan oleh massa substansia alba yang disebut korpus kalosum dan empat lobus.



Gambar 1.1 Bagian otak (Junaidi, 2011)

**2.1.2 Pengertian CVA**

CVA merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (*deficit neurologic)* akibat terhambatnya aliran darah ke otak.Secara sederhana CVA infark didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan (stroke iskemik) atau pendarahan (stroke hemoragic). CVA dan penyakit jantung koroner dapat terjadi karena adanya dua atau lebih faktor resiko (multirisk factors), bukan hanya satu faktor. Pemicu CVA ini antara lain kecenderungan menu harian berlemak, pola dan gaya hidup tidak sehat, ketidakmampuan beradaptasi dengan stress, faktor hormonal (wanita menopause, penyakit gondok, penyakit anak ginjal), dan kondisi kejiwaan (tempramen tipe A – tipe orang yang terburu-buru sealu ingin cepat), dan seberapa banyak tubuh terpapar dengan radikal bebas (free radicals – oksidan) (Junaidi, 2011).

CVA infark, stroke jenis ini terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagan atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh ateroklerosis yaitu penumpukan kolestrol pada dinding pembuluh darah atau pembekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak (Pudiastuti, 2011).

**2.1.3 Etiologi**

Menurut (Junaidi, 2011) CVA biasanya diakibatkan dari salah satu dari lima kejadian yaitu sebagai berikut.

1. Ateroma.

Pada CVA infark penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur arteri yang menuju ke otak. Mialnya suatu ateroma (endapan lemak) bisa tebentuk didalam arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Keadaan ini sangat serius karena setiap arteri karotik jalur utama memberikan darah ke sebagian besar otak.

1. Emboli.

 Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir didalam darah, kemudian menyubat arteri yang lebih kecil. Arteri karotis dan arteri vertebralis beserta percabangannya juga tersumbat karena adanya bekuan darah yang berasal dari tempat lain. Misalnya dari jantung atau katubnya. Emboli lemak terbentuk jika lemak dari su-sum tulang yang pecah dilepaskan kedalam aliran darah dan akhirnya tersumbat didalam sebuah arteri (kecil). CVA karena sumbatan emboli jarang terjadi.

1. Infeksi.

 CVA juga bisa terjadi bila suatu peradagan atau infeksi menyebabkan menyempitnya pembuluh darah yang menuju ke otak. Selain peradangan umum oleh bakteri, peradangan juga dapat dipicu olh adanya asam urat (penyebab rematik gout) yang berlebih dalam darah.

1. Obat-obatan.

 Obat obatan juga bisa menyebabkan terjadinya CVA, seperti kokain, amfetamin, epinefrin, ataupun adrenalin. Dengan jalan yang bisa mempersempit pembuluh darah di otak dan menyebabkan terjadinya CVA. Fungsi obat-obatan diatas bisa menyebabkan kontraksi di arteri sehingga diameternya mengecil.

1. Hipotensi

Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba bisa menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak, yang biasanya menyebabkan seseorang pingsan. CVA bisa terjadi apabila tekanan darah rendahnya berat dan terjai menahun. Hal ini terjadi jika seseorang mengalami kehilangan darah yang banyak karena cidera atau pembedahan, serangan jantung atau irama jantung yang abnormal.

**2.1.4 Manifestasi klinis**

 Untuk CVA Iskemik gejala utamanya adalah timbulnya defisit neurologis secara mendadak/subakut, didahului gejala prodromal, terjadi pada saat waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran penderita biasanya tidak menurun, kecuali bila embolus (Pudiastuti, 2011).

**2.1.5 Tanda dan gejala CVA**

 Menurut (Pudiastuti, 2011) tanda dan gejala CVA adalah sebagai berikut :

* 1. Bagian tubuh akan terasa semutan atau seperti terbakar
	2. Terjadinya kelumpuhan separo badan kanan dan kiri penderita
	3. Penderita akan mengalami gangguan menelan

Penderita akan sering terdesak

* 1. Mulut penderita akan menjadi pelo dan kesulitan untuk bicara
	2. Penderita akan mengalami susah berjalan, jalan terhuyung, dan bisa mengalami kehilangan keseimbangan.
	3. Penderita akan mengalami sakit kepala atau pusing dibagian kepala secara mendadak tanpa diketahui penyebabnya.
	4. Penderita akan mengalami gangguan pengelihatan
	5. Kelopak mata sulit dibuka
	6. Gerakan tidak terkoontrol.
	7. Penderita akan mengalami kebingungan,
	8. Akhirnya menjadi koma

Gejala-gejala CVA bedasarkan lokasinya ditubuh :

1. Batang otak, dimana aterdapat dua belas saraf kranial : menurunnya kemampuan membau, mengecap, mendengar, dan melihat secara parsial atau keseluruhan, refleks menurun, ekspresi wajah terganggu, pernafasan dan detak jantung terganggu, lidah yang menjadi lemah.
2. Bagian sistem saraf pusat : kelemahan otot (hemiplegia, kaku, menurunnya fungsi sensorik.
3. Cerebral corteks : aphashia, apraxia, daya ingat menurun, hemineglect, kebingungan.
	* 1. **Komplikasi**

Komplikasi CVA menurut (Junaidi, 2011) adalah sebagai berikut :

1. Dekubitus.

Tidur yang terlalu lama karena kelumpuhan dapat mengakibatkan luka/lecet pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat berbaring. Luka (dekubintus) bila dibiarkan terus menerus akan menyebabkan terjadinnya infeksi.

1. Pembekuan darah.

Bekuan darah mudah terjadi di kaki yang mengalami kelumpuhan, penumpukan cairan serta pembengkakan, dan embolisme paru-paru.

1. Pneumonia.

Terjadi karena pasien biasanya tidak dapat batuk atau menelan dengan baik sehingga menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya terinfeksi.

1. Kekakuan otot dan sendi.

Terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot dan sendi.

1. Stres/depresi.

Terjadi karena penderita merasa tidak berdaya dan ketakutan akan masa depan.

1. Nyeri pundak dan subluxation/dislokasi.

Keadaan pangkal bahu yang lepas dari sendinya. Ini dapat terjadi karena otot disekitar pundak yang mengontrol sendi dapat rusak akibat gerakan saat ganti pakaian atau saat ditopang orang lain.

1. Pembengkakan otak.
2. Infeksi.

Infeksi saluran kemih, paru-paru (pneumonia aspirasi).

1. Kardiovaskuler.

Gagal jantung, serangan jantung, dan emboli paru.

1. Gangguan proses berpikir dan ingatan, Pikun (demensia).

**2.1.7 Patofisiologi**

Otak sangat bergantung pada oksigen dan otak sendiri tidak mempunyai cadangan oksigen. Apabila terjadi anoksia seperti halnya yang terjadi pada penderita stroke, metabolisme di otak akan mengalami perubahan, kematian sel serta kerusakan permanen dapat terjadi dalam 3 sampai 10 menit. Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi otak akan menimbulkan hipoksia atau anoksia. Hipoksia sendiri menyebabkan iskemik otak. Iskemik otak dalam waktu yang lama dapat menyebabkan sel mati secara permanen dan berakibat menjadi infark otak yang disertai dengan edema otak karena pada daerah yang dialiri oleh darah terjadi penurunan perfusi dan oksigen, serta peningkatan karbon dioksida dan asam laktat.Adanya gangguan perdarahan darah pada otak dapat menimbulkan jejas ataupun bahkan cedera pada otak melalui empat mekanisme yang terjadi, yaitu sebagai berikut.

1. Penebalan dinding arteri serebral yang dapat menimbulkan penyempitan atau bahkan penyumbatan lumen sehingga aliran darah dan suplainya ke sebagian otak tidak dapat berlangsung secara adekuat, serta selanjutnya akan mengakibatkan perubahan-perubahan iskemik otak, Bila hal ini terjadi sedemikian hebatnya, dapat menimbulkan nekrosis (infark).
2. Pecahnya dinding arteri serebral akan menyebabkan bocornya darah menuju jaringan (hemoragi).
3. Pembesaran sebuah atau sekelompok pembuluh darah yang dapat menekan jaringan otak (misalnya: malformasi angiomatosa, aneurisma).
4. Edema cerebro yang merupakan pengumpulan cairan di ruang intersisial jaringan otak.
	* 1. **Penatalaksanaan**

Tindakan pertama dalam menangani pasien dengan CVA adalah dengan menilai terhadap sistem pernapasan dan jantung. Pemeriksaan terhadap jalan napas meliputi pemeriksaan pada daerah mulut, seperti sisa makanan, gigi palsu, atau benda asing lainnya yang dapat menghalangi jalan napas penderita. Lalu diperiksa keadaan sirkulasinya, seperti tekanan darah dan denyut nadi. Pada saat dirumah sakiy pasien akan diperiksa jantungnya (dengan EKG). Bila diperlukan dapat diberikan oksigen, pemasangan infus, serta terapi lainnya seperti pemberian obat penurun panas, dan obat penurun tekanan intrakranial (Junaidi, 2011).

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang**

Menurut (Goldszmidt, 2011) pemeriksaan penunjang penyakit CVA antara lain :

1. CT scan bagian kepala.

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

1. Pemeriksaan lumbal pungsi.

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

1. Elektro kardiografi (EKG).

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

1. Elektro Enchephalografi.

Elektro enchephalografi mengidentifikasi masalah berdasarkan gelombang otak, menunjukan area lokasi secara spesifik

1. Pemeriksaan darah.

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

1. Angiografi serebral.

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

1. *Magnetik resonansi imagine* (MRI).

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

* + 1. **Pencegahan**

Pencegahan terhadap kejadian CVA pada dasarnya dikelompokkan dalam 2 golongan besar yaitu pencegahan primer dan pencegahan sekunder. Pencegahan bersifat primer, jika penyakit CVA belum terjadi. Sedangkan, pada pencegahan sekunder dilakukan perawatan dan pengobatan terhadap penyakit dasarnya (Junaidi, 2011).

**2.2. Asuhan Keperawatan**

* + 1. **Pengkajian**

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

**a. Pengumpulan Data**

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari klien dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Data yang di kumpulkan dalam pengkajian ini meliputi bio-psiko-spiritual yang komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal pasien agar dapat memberikan arah kepada tindakan keperawatan.

* + 1. **Identitas Klien**

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

* + 1. **Keluhan Utama**

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

* + 1. **Riwayat Penyakit Sekarang**

CVA infark biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, bangun tidur, atau dipagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemi yang menimbulkan hipoksia yang selanjutnya dapat timbul edema sekunder dan kesadaran umumnya baik.

* + 1. **Riwayat Penyakit Dahulu**

Adanya riwayat hipetensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes militus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama. Penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilator obat-obat adiktif dan kegemukan.

* + 1. **Riwayat Penyakit Keluarga**

Perlu di kaji mungkin ada anggota keluarga sedarah yang pernah mengalami CVA karena biasanya pasien CVA ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau ada riwayat CVA dari generasi tedahulu.

* + 1. **Pemeriksaan Fisik**

Setelah melakukan anamnese yang mengarah pada keluhan klien pemeriksaan fisik berguna untuk mendukung data dari pengkajian anmnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara persistem mulau dari airway & breathing sampai dengan bone & integumen dengan focus pemeriksaan fisik pada neurologi, bone &integumen yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan keluhan dari klien.

1. **Keadaan Umum**

Umumnya mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara dan pada tanda-tanda vital tekanan darah meningkat dan denyut nadi bervariasi.

1. **B1 (Breathing)**

inspeksi biasanya di dapatkan pasien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi secret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering di dapatkan pada pasien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

Pada pasien dengan tingkat kesadaran komposmentis, pengkajian inspeksi pernapasan tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi nafas tambahan.

1. **B2 (Blood)**

Pengkajian pada system kardiovaskuler didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada pasien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masih (tekanan darah >200 mmHg).

1. **B3 (Brain)**
2. Tingkat Kesadaran

 Tingkat kesadaran pasien dan respon terhadap lingkungan adalah indikator yang paling sensitif untuk mendeteksi disfungsi sistem persyarafan. Pada keadaan lanjut, tingkat kesadaran pasien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikamatosa. Apabila klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran dan bahan evalusi untuk pemantauan pemberian asuhan keperawatan.

1. Status Mental.

 Observasi penampilan pasien, tingkah lakunya dan aktivitas motorik dimana pada pasien stroke tahap lanjut biasanya status mental mengalami perubahan.

1. Fungsi Intelektual.

 Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori baik jangka panjang maupun jangka pendek.

1. Kemampuan Bahasa.

Penurunan kemampuan bahasa tergantung dari daerah lesi mana yang mempengaruhi fungsi dan serebri.

1. Pemeriksaan Saraf Kranial
2. Saraf Olfaktorius (N.I)

Tes kemampuan menentukan bau pada masing-masing lubang hidung, biasanya pada pasien stroke tidak ada keluhan pada fungsi penciuman.

1. Saraf Optikus (N.II)

Tes kemampuan lapang pandang, ketajaman penglihatan pada pasien stroke biasanya mengalami disfungsi persepsi visual.

1. Saraf Okulomotorius, trokhlearis, abdusens (N.III, IV, VI)

Tes kemampuan menggerakan bola mata, reflek cahaya, ukuran dan bentuk pupil. Paralisasi otot-otot okularis.

1. Saraf Trigeminus (N.V)

Paralisis saraf trigeminus penurunan kemampuan koordinasi gerak mengunyah.

1. Saraf Facialis (N.VII)

Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris. Otot-otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.

1. Saraf Auditorius (N.VIII)

Berfungsi dalam indera pendengaran dan menjaga keseimbangan.

1. Saraf Glosofaringeus dan Vagus (N.IX dan X)

Kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut.

1. Saraf Accecorius (N.XI)

Tidak atropi otot sternokleidomastoideus dan trapezius

1. Saraf Hipoglosus (N.XII)

Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, indra pengecapan normal.

1. Sistem Motorik

serta koordinasi gerak, tonus, kekuatan serta gerakan involunter.

1. Pemeriksaan Refleks
2. Pemeriksaan reflek dalam, pengetukan pada tendon, ligamentum, atau poriesteum derajat reflek pada respon normal.
3. Pemeriksaan reflek patologis, pada fase akut reflek fisiologis sisi yang lumpuh menghilang

 **e**. **B4 (Bladder)**

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinesia urin sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan control motoric dan postural. Kadang control sfingter urin eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermitan dengan teknik steril. Inkontinensia urin yang belanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

**f) B5 (Bowel)**

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

**g) B6 (Bone)**

CVA adalah penyakit motorik neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motorik atas menyilang, gangguan control motor volunteer pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas sisi yang berlawanan dari otak. Disfusi motoric paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O2 kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan makan tugor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena pasien stoke mengalami masalah mobilitas fisik.

Adanya kesulitan untuk beraktifitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralisis atau hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktifitas dan istirahat.

* + 1. **Pemeriksaan Diagnostik**
1. **Angiografi serebral.**

 Angiografi digunakan untuk menjelaskan jenis, lokasi, dan keparahan penyakit oklusif vaskular serta untuk mengidentifikasi kelainan pada vaskular yang mengarah pada pendarah otak (essensial stroke, 2011).

1. **Pungsi lumbal.**

Pungsi lumbal digunakan untuk mendiagnosispendarahan subaraknoid bila CT/MRI tidak tersedia atau bisa menunjukkan hasil negatif (bila perdarahan minimal atau sudah lewatbeberapa hari); tidak adanya darah dalam cairan lumbal pungsi menyingkirkan diagnosis perdarahan subaraknoid.

1. **MRA (Magnetic Resonance Angiography).**

MRA digunakan untuk menemukan adannya penyakit oklusif berat pada arteri ekstrakranial dan arteri intrakranial yang besar.

1. **EEG.**

Pemeriksaan ini bertujuan untuk kecurigaan kejang namun tidak untuk mengklarifikasi subtipe atau keparahan stroke.

* + 1. **Pemeriksaan Laboratorium**
1. Hitung darah lengkap untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab stroke : hematokrit lebih dari 60%, leukosit lebih dari 150.000/mm, trombosit lebih dari 1.000.000/mm atau kurang dari 20.000/mm, adanya anemia sel sabit atau hemoglobinopati lain.
2. Laju endap darah (meningkat pada tumor, infeksi, vaskulitis).
3. glukosa serum (hiperglikemia sendiri dapat memperburuk akhir kodisi akut).
4. Elektrolit
5. Profilipit dan fibrinogen
6. PT, PTT, dan INR untuk mendeteksi koagulopati dan sebagai patokan dalam terapi anti koagulasi.
7. Antibodi anti kardiolipin
8. RPR untuk neurofilis.
9. Skrining urin untuk kokain, jika terdapat kecurigaan pada pasien.

**b. Analisa Data**

Analisa data adalah kemampuan untuk mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam memnentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien.

**c. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan di tetapkan berdasarkan analisa dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnosa keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata (actual) dan kemungkinan akan terjadi (potensial) dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat. Maupun diagnosa yang muncul adalah Diagnosa Keperawatan (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016).

* 1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan perfusi ventilasi dan peruban membran alveolar – kapiler.
	2. Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.
	3. Gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.
	4. Resiko penurunan curah jantung yang berhubungan dengan kerusakan pada jaringan otak .
	5. Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif yang berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial.
	6. Defisit pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi mengenai pencegahan, perawatan, dan pengobatan stroke.
	7. Risiko cedera yang berhubungan denan paralisis.
	8. Risiko aspirasi yang berhubungan dengan kehilangan kemampuan untuk menelan.
	9. Defisit nutrisi yang berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.
	10. Gangguan memori yang berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak
		1. **Perencanaan**
	11. Diagnosa keperawatan 1

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

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi jaringan otak dapat tercapai secara optimal.

Kriteria hasil :

* 1. Fungsi kogitif pasien meningkat. Ditandai dengan : pasien tidak mengalamai disorientasi, pasien tidak mengalami kesulitan mengingat fakta, pengalaman, dan informasi
	2. Sakit kepala pasien menurun.
	3. Pasien tampak rileks, dan tidak gelisah
	4. Tekanan darah pasien dalam batas normal (120/80 mmHg)

Intervensi :

1. Observasi monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (misalnya tekanan darah meningkat, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)

 Rasional : rangsangan aktifitas yang meningkat dapat meningkatkan TIK

1. Posisikan pasien pada posisi semi fowler

 Rasional : mengurangi tekanan arteri dan meningkatkan sirkulasi serebral.

1. Catat respon pasien terhadap stimulus yang diberikan.

 Rasional : mengetahui setiap perubahan yang terjadi pada pasien.

1. Kolaborasikan untuk pemberian sedasi atau anti konvulsan pada pasien.

 Rasional : untuk meningkatkan kondisi tubuh pasien.

* 1. Diagnosa Keperawatan 2

Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan neurovaskular

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien akan memiliki mobilitas fisik yang maksimal

Kriteria hasil :

1. Kekuatan otot pasien meningkat. Skala kekuatan otot pasien : 0 = lumpuh total, 1 = tidak ad gerakan, teraba/terlihat adannya kontraksi otot, 2 = adanya gerakan pada sendi, 3= dapat mengeerakan anggota gerak untuk menahan berat (gravitasi), 4 = dapat menggerakan sendi dengan aktif dan melawan tahanan, 5 = kekuatan normal
2. Kelemahan fisik pasien menurun

Intervensi :

1. Observasi adanya nyei atau keluhan fisik lainnya pada pasien

Rasional : untuk mengetahui kondisi pasien.

1. Ubah posisi pasien setiap 2 jam.

Rasional : Untuk menghindari dari resiko gangguan integritas kulit.

1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien latihan ROM (pergerakan sendi).

Rasional : dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam pergerakan sendi.

1. Berikan edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien dan keluarga.

Rasional : membuat pasien dan keluarga engerti tujuan serta prosedur mobilisasi.

* 1. Diagnosa Keperawatan 3

Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang pajanan, tidak familier dengan sumber informasi.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan pasien mengerti dan paham tentang penyakitnya.

Kriteria Hasil :

* + 1. Menunjukan perilaku sesuai anjuran
		2. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

Intervensi :

1. Observasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

Rasional : Untuk memberikan informasi terkait kesehatan.

1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga

Rasional : Untuk mempermudah dalam mengerti informasi yang telah diberikan

1. Berikan kesempatan untuk bertanya.

Rasional : Untuk mengetahui tingkat kemampuan yang akan diterima oleh pasien dan keluarga.

1. Edukasi faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.

Rasional : Untuk mengetahui tingkat mengerti pasien dan keluarga

* 1. Diagnosa Keperawatan 4

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien dapat berkomunikasi secara efektif

Kriteria Hasil :

1. Tidak terdapat Disartria
2. Pasien tampak menggunakan ekspresi wajah
3. Pasien dapat memahami komunikasi
4. Pasien menunjukan memahami komunikasi dengan orang lain

Intervensi :

1. Kaji dan catat status komunikasi pasien. Komunikasi yang cocok diperlukan untuk melakuakan intervensi.

 Rasional : untuk mengetahui tingkat komunikasi verbal pasien

1. Dorong pasien yang mengalami disartria untuk berbicara pelan dan berkonsentrasi, dukung pasien untuk berbicara lebih pelan dan lebih keras, tanpa berteriak

 Rasional : untuk memfasilitasi komunikasi yang lebih jelas dan mengurangi perasaan frustasi

1. Gunakan frasa pendek dan sederhana dan pertanyaan ya atau tidak

 Rasional : untuk mencegah frustasi atau ansietas pasien terhadap komunikasi.

1. Demonstrasikan kepada pasien dan anggota keluarga atau pasangan tentang teknik berkomunikasi (seperti isyarat, bahasa isyarat dan kedipan mata)

 Rasional : untuk menegnbangkan keterampilan komunikasi alternatif

1. Berikan waktu yang cukup bagi pasien untuk berespons. Jangan menjawabkan pertanyaan – pertanyaan untuk pasien

 Rasional : tindakan ini menurunkan frustasi untuk hambatan komunikasi

1. Kolaborasi dengan fisioterapi untuk latihan bicara

 Rasional : melatih pasien belajar bicara secara mandiri dengan baik dan benar

* 1. Diagnosa Keperawatan 5

Resiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan otot menelan dan mengunyah.

Tujuan : Tidak terjadi gangguan nutrisi.

Kriteria Hasil :

* + - 1. Berat badan dapat dipertahankan / ditingkatkan
			2. Hb dan albumin dalam batas normal. Hb normal (13,8-17,2 g/Dl) dan albumin normal (< 3,5 g/dL)

Rencana tindakan

1. Tentukan kemampuan klien dalam mengunyah, menelan dan reflek batuk

 Rasional : untuk menetapkan jenis makanan yang akan diberikan pada pasien.

1. Letakan posisi kepala lebih tinggi pada waktu makan dan sesudah makan

 Rasional : agar pasien lebih mudah menelan karena gaya gravitasi

1. Stimulasi bibir untuk menutup dan membuka mulut secara manual dengan menekan ringan diatas bibir/ dibawah dagu jika dibutuhkan

 Rasional : membantu dalam melatih kembali sensori dan meningkatkan kontrol muskuler.

* 1. Diagnosa Keperawatan 6

Gangguan eliminasi alvi (konstipasi) berhubungan dengan imobilisasi, intake cairan yang tidak adekuat.

* 1. Diagnosa Keperawatan 7

Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring.

* 1. Diagnosa Keperawatan 8

Resiko terjadinya ketidak efektifan bersihan jalan nafas yang berhubungan dengan menurunnya reflek batuk dan menelan, imobilisasi

* + 1. **Pelaksanaan**

Tahap ini di lakukan pelaksanaan dan perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap pencanaan.

* + 1. **Evaluasi**

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi perawat, dan anggota tim lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukan pengkajian ulang.

* 1. **Kerangka Masalah**

****

2.1 Pathways Penyakit Pemicu Stroke (Pudiastuti, 2011)

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien Tn.A dengan Diagnosis Medis CVA Infark, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 28 Januari 2020 sampai dengan 30 Januari 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 28 Januari jam 07.30 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien, keluarga pasien dan file No.Register 56XXXX sebagai berikut :

1. **Pengkajian**
2. Identitas

Pasien seorang laki-laki bernama Tn. A berusia 45 tahun, beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa jawa dan bahasa indonesia. pasien sudah menikah dan memiliki 1 orang anak, pasien seorang kepala keluarga, pendidikan terakhir SMA, pasien tinggal di Sidoarjo, pekerjaan psien swasta. pasien MRS pada tanggal 25 Januari 2020 jam 22.00 WIB..

* + 1. Keluhan Utama

Pasien mengeluh bahwa ekstremitas bagian kanan lemah.

* + 1. Riwayat Penyakit Sekarang

Keluarga pasien mengatakan bahwa pada tanggal 25 Januari 2020 sekitar pukul 15.30 setelah shalat ashar pasien mengeluh kepala pusing, badan lemas, ekstremitas kanan (tangan dan kaki) tidak bisa digerakkan. Kemudian pada pukul 16.00 pasien diantar ke IGD Rumkiltal Dr.Ramelan. Di IGD dilakukan tindakan CT Scan, Foto Thorax, pemeriksaan Laboratorium DL, KK, pemasangan infus NS 20 tpm, pemasangan cateter urin, kemudian pasien pindah ruangan perawatanstroke unit pada pukul 22.00 WIB. Saat tiba diruang stroke unit dilakukan pemasangan O2 nasal masker 10 lpm, memeriksa GDA stik 130 mg/dL, GCS pasien E3 V1 M1. Pada tanggal 26 Januari 2020 GCS pasien E4 V3 M3 dilakukan tindakan pemberian obat aptor 1-0-0, pengambilan darah arteri BGA. Pada tanggal 27 Januari 2020, GCS pasien E4 V2 M6 dilakukan pemberian obat citicolin 500 mg melalui IV, curcuma tablet 3x100mg, lisinopril tablet 10mg, allopurinol tablet 3x100mg, spironolacton tablet 25 mg dan paracetamol tablet 3x500mg. Pada saat dilakukan pengkajian, GCS pasien E4 V4 M6, dengan kesadaran pasien somnolen, saat berkomunikasi pasien cenderung mengantuk, observasi tanda-tanda vital pasien, yaitu : tekanan darah 130/100 mmHg, MAP 100, nadi 98x/menit, suhu 37ºC, RR 20x/menit, SPO2 98% O2 nasal kanul 3 lpm.

* + 1. Riwayat Penyakit Dahulu

 Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien pernah mengalami serangan stroke yang pertama tahun 2016, serta memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak tahun 2014.

* + 1. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga pasien mengatakan bahwa ibu pasien memiliki penyakit hipertensi.

* + 1. Riwayat Alergi

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak memiliki alergi pada obat maupun makanan.

* + 1. Keadaan Umum

Keadaan umum pasien tampak mengalami kelemahan di bagian ekstrimitas atas dan bawah bagian kanan, kesadaran somnolen , dengan hasil observasi tanda-tanda vital, tekanan darah 130/100 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, suhu 37ºC, frekuensi nafas 20x/menit, memakai nasal kanul 3 lpmGCS E4 V4 M6, SPO2 98%.

* + 1. Genogram

45

Keterangan:

 : Laki- laki

 : Perempuan

 X : Meninggal

 : Pasien

---- : Tinggal satu tempat

* + 1. Pemeriksaan Fisik
1. B1 (Breathing)

Jalan nafas pasien bersih, tidak ada sumbatan jalan nafas, tidak ada suara nafas tambahan, gurgling (-), ronkhi (-), wheezing (-), pasien tidak menggunakan otot bantu nafas, pasien menggunakan nasal kanul 3 lpm, bentuk dada pasien normochest, suara nafas vesikuler, pergerakan dada pasien simetris, pasien tidak batuk dan tidak ada sputum, RR = 20x/menit SPO2 98%.

1. B2 (Blood)

Ictus cordis ICS 4-5 mid clavikula sinistra, CRT < 2 detik, irama jantung reguler, tidak terdapat edema, bunyi jantung S1 S2 Tunggal, Akral hangat, tidak ada pembesaran getah kelenjar getah bening, TD: 130/100 mmHg.

1. B3 (Brain)

Kesadaran Somnolen , GCS : 446

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

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

Refleks Patologis : Kaku kuduk - , Brudzunki –

Saat dilakukan pengkajian persyarafan didapatkan kelemahan fisik pada anggota tubuh lengan dan kaki kanan.

1. Nervus I (Olfaktorius) : Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih, dengan keadaan kedua mata tertutup.
2. Nervus II (Optikus) : Tidak ada gangguan pada pandang lapang pasien.
3. Nervus III (Okulomtorius) : Pada kedua mata pasien tidak mampu membuka mata dengan maksimal karena pasien cenderung mengantuk, dan mampu mengangkat kelopak mata.
4. Nervus IV (Trochlearis) : Tidak ada gangguan terhadap menggerakkan bola mata keatas dan kebawah.
5. Nervus V (Trigeminus) : Pasien mampu menggerakkan rahangnya dan dapat membuka mulut dengan maksimal.
6. Nervus VI (Abducens) : Pasien mampu menggerakan bola matanya.
7. Nervus VII (Fasialis) : Tidak ada ganggua terhadap ekspresi wajah, rahang terbuka lebar, bicara tidak jelas.
8. Nervus VIII (Auditorius) : Fungsi Pendengaran normal, Pasien mampu mendengarkan suara perawat dan merespon apa yang disampaikan oleh perawat.
9. Nervus N.IX (Hipoglosus) : Pasien mampu menelan air minum dengan baik, tidak ada gangguan pada proses menelan.
10. Nervus X (Vagus) : Tidak ada reflek tersedak ketika pasien minum air putih.
11. Nervus XI (Asesorius) : Tidak ada gangguan terhadap pergerakan leher dan kepala.
12. Nervus XII (Hipoglosus) : Pasien mampu menjulurkan lidahnya.
13. B4 (Bladder)

 Tidak ada gangguan pada sistem perkemihan, tidak ada distensi dan retensi pada kandung kemih, pasien terpasing folley cateter, tidak ada nyeri tekan, BAK sebelum masuk rumah sakit 4-5 kali/perhari dengan jumlah urine kurang lebih 1600cc/hari, Setelah MRS jumlah urine kurang lebih 1300cc/hari dengan warna urine kuning pekat.

1. B5 (Bowel)

Bentuk perut normal (datar/flat) simetris, gerakan perut sesuai aktifitas pernafasan, peristaltik usus 16x/menit, tidak ada nyeri abdomen, tidak ada pembesaran hepar, mukosa mulut lembab, mulut nampak tidak bersih, tidak ada gigi palsu. Sebelum masuk rumah sakit, frekuensi makan 3x/hari 1 porsi habis. Pada saat MRS diit makan rendah garam, dengan frekuensi makan 3x/hari habis satu porsi. Eliminasi alvi mrs : 1x/hari, warna kuning, konsitensi lembek.

1. B6 (Bone)

 Pada pasien didapatkan bolak balik memiringkan posisi, pasien tidak kuat duduk. Turgor kulit baik, tidak ada sianosis, tidak terdapat fraktur, deformitas ataupun krepitasi, Kemampuan bergerak terbatas. ROM terbatas pada anggota tubuh bagian kanan.

Kekuatan Otot : 1111 5555

 1111 5555

 Ekstremitas Atas tangan kiri dapat menggenggam kuat, Tangan kanan 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. **Data Penunjang / Hasil Pemeriksaan Diagnostik**
1. Laboratorium

**Tabel 3.1** Hasil pemeriksaan Diasnotik CVA Infark pada Tn. A di Ruang Stroke Unit Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 25 Januari 2020

|  |
| --- |
|  |
| Jenis Pemeriksaan | Hasil | Unit | Nilai Normal |
| BUN | 31 | Mg/Dl | 10-24 |
| Kreatinine | 1,2 | Mg/dL | 0,6-1,5 |
| Gula Darah Acak | 138 | Mg/dL | <120,0 |
| Natrium | 139,3 | Mmol/L | 135-147 |
| Kalium | 5,36 | Mmol/L | 3,00-5,00 |
| Leukosit | 13,92 | Mmol/L | 4,0-10,0 |
| Hematokrit | 45,7 | Mg/dL | 37,0-54,0 |
| Hemoglobin | 15,3 | Mg/dL | 13,2-17,3 |
| Asam Urat | 8 | Mg/dL | 2,0-7,0 |
| LDL | 151 | Mg/dL | <130 |
| Trigliserida | 151 | Mg/dL | 70-140 |
| Lym% | 6,2 | % | 20,0-40,0 |
| Neu# | 12,19 | 10.000/uL | 2,0-7,0 |
| Neu% | 87,6 | % | 50,0-70,0 |
| PCT | 0,465 | % | 0,108-0,282 |
| PLT | 470 | 10.000/uL | 150,0-450,0 |
| RBC | 5,1 | 10.000.000/uL | 3,5-5,5 |

* 1. **Terapi Medis**

 **Tabel 3.2** Pemberian Terapi Medis CVA Infark pada Tn. A di Ruang Stroke Unit

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Obat | Dosis | Indikasi | Rute |
| Citicoline | 3 x 500 mg | Memperbaiki sirkulasi darah ke otak | IV |
| Allopurinol | 3 x 100 mg | Menurunkan kadar asam urat | ORAL |
| Spironolacton | 25 mg | Mengobati tekanan darah tinggi | ORAL |
| Curcuma | 3 x 300mg | Untuk meningkatkan nafsu makan dan memperbaiki fungsi hati | ORAL |
| Lisinopril | 1 x 1hari 10mg | Mengobati tekanan darah tinggi | ORAL |
| Atorvastatin | 1x20mg | Untuk menurunkan kolestrol jahat (LDL) dan trigliserida | ORAL |

* 1. **Hasil Foto Thorax**

 Cor : Besar dan bentuk kesan normal

 Pulmo : Tak tampak infiltrat

 Sinus phrenicocostalis kanan-kiri tajam

 Tulang tak tampak kelainan



Gambar 3.1 Foto thorak dilakukan pada tanggal 25 Januari 2020

* 1. **Hasil Foto CT Scan**

Gambar 3.2 CT Scan kepala dilakukan pada tanggal 25 Januari 2020. Hasil CT scan subacute to chronic ischemic cerebral infarction di corona radiata kanan dan thalamus kiri.

****

**Tabel 3.3 Analisa Data**

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

Umur : 45 th RM : 56 . XX . XX

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data / Faktor Resiko | Etiologi | Masalah |
| 1 | Ds : Pasien mengeluh eksremitas kanan (tangan dan kaki) tidak bisa digerakkan.Do :* Kesadaran somnolen
* Pasien mengalami hemiparase dextra.
* Kekuatan lengan dan kaki kanan menurun.

1111 55551111 5555* Hasil CT scan subacute to chronic ischemic cerebral infarction di corona radiata kanan dan thalamus kiri
* K/U : lemah
* Pemeriksaan tanda-tanda vital
1. T : 130/100 mmHg
2. S : 37ºC
3. Frekuensi nafas: 20x/menit
4. Frekuensi nadi: 98x/ menit
5. GCS : 446
6. MAP : 2D + S

 3 : 200 + 130 3 : 330 3  : 100 | Stroke iskemik | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial(PPNI, 2016) |
| 2 | DS :Pasien mengeluh kaki dan tangan kanan tidak bisa digerakkanDO :* Kekuatan otot

1111 55551111 5555* Sendi px nampak kaku.
* Fisik pasien nampak lemah.
* Pemeriksaan tanda-tanda vital
1. T : 130/100 mmHg
2. S : 37ºC
3. Frekuensi nafas : 20x/menit
4. Frekuensi nadi : 98x/ menit
5. MAP : 2D + S

 3 : 200 + 130 3 : 330 3 : 100 | Gangguan neuromuskular | Gangguan mobilitas fisik(PPNI, 2016) |
| 3 | DS :Pasien mengeluh pasien sulit bicara dengan jelasDO :* Serangan stroke yang ke-2.
* Pasien bicara dengan tidak jelas
* Pasien memiliki kesulitan utuk berkomunikasi dengan keluarga maupun perawat.
* Pasien tidak mampu memahami komunikasi yang terjalin dengan lawan bicaranya
* Pemeriksaan tanda-tanda vital
1. T : 130/100 mmHg
2. S : 37ºC
3. Frekuensi nafas: 20x/menit
4. Frekuensi nadi:98x/ menit
5. GCS : 446
6. MAP : 2D + S

 3 : 200 + 130 3 : 330 3* : 100
 | Gangguan Neuromuskuler | Gangguan Komunikasi Verbal (PPNI, 2016) |
| 4. | DS :Pasien mengeluh tidak mau diseka dan mengatakan dinginDO : Pasien tidak mampu mandi secara mandiriMinat pasien melakukan prawatan diri kurangPasien merasa terganggu saat dilakukan perawatan diri | Gangguan Neuromukuler | Defisit Perawatan Diri(PPNI, 2016) |
| 5. | Ds :Keluarga pasien bingung mengenai penyakit yang dialami oleh pasien.Do :Pasien mennunjukkan persepsi yang kliru terhadap masalah yang dihadapiPasien menunjukkan perilaku tidak sesuai dengan anjuranKeluarga pasien tampak menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan anjuranMerupakan serangan stroke kedua  | Kurang terpapar informasi | Defisit pengetahuan(PPNI, 2016) |
| 6. | Do :Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mempu mengingat peristiwa yang pernah dilakukanDs :Pasien nampak apatis dengan keadaanPasien tidak mampu melakukan kemampuan yang dipelajari sebelumnyaPasien nampak bingung saat ditanya | Gangguan sirkulasi ke otak | Gangguan memori(PPNI, 2016) |

**Tabel 3.4 Prioritas Masalah**

Nama pasien : Tn. A ruang / kamar : Stroke Unit

Umur : 45 th RM : 56 . XX . XX

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Masalah Keperawatan | Tanggal | Paraf |
| Ditemukan | Teratasi |
| 1 | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan stroke iskemik. | 28 Januari 2020 | 30 Januari 2020 | Cicik |
| 2 | Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. | 28 Januari 2020 | 30 Januari 2020 | Cicik |
| 3 | Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan Neuromuskuler. | 28 Januari 2020 | 30 Januari 2020 | Cicik |
| 4. | Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan Neuomuskuler | 28 Januari 2020 | 30 Januari 2020 | Cicik |
| 5. | Gangguan memori berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak | 28 Januari 2020 | 30 Januari 2020 | Cicik |
| 6. | Desifisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang terpapar informasi | 28 Januari 2020 | 30 Januari 2020 | Cicik |

**Tabel 3.5 Rencana Asuhan Keperawatan**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NoDx | Diagnosa Keperawatan | Tujuan  | Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
| 1 | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan stroke iskemik. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu mempertahankan tingkat kesadaran, kognisi, dan fungsi motorik atau sensorik. | Kriteria Hasil :1. Pasien tidak gelisah.
2. Tanda-tanda vital dalam batas normal
3. T: 120/80 mmHg
4. S: 36-37,4ºC
5. Frekuensi nafas: 16-20x/menit
6. Frekuensi nadi: 60-100x/menit
7. GCS : 4 5 6
8. Fungsi kogitif pasien meningkat. Ditandai dengan : pasien tidak mengalamai disorientasi, pasien tidak mengalami kesulitan mengingat fakta, pengalaman, dan informasi
9. Sakit kepala pasien menurun.
 | 1. Observasi monitor tanda dan gejala peningkatan TIK. tekanan darah dalam batas normal (120/80mmHg), pola nafas reguler, kesadaran meningkat (GCS 456), frekuensi nafas 16-20x/menit.
2. Posisikan pasien pada posisi semi fowler, naikan bed pasien 20-30°.
3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang pada pasien.
4. Menganjurkan pasien untuk tidak mengejan
5. Catat respon pasien terhadap stimulus yang diberikan.
6. Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya menjaga ketenangan pasien dengan membatasi pengunjung.
7. Kolaborasikan untuk pemberian citicolin 3x500mg.
 | 1. rangsangan aktifitas yang meningkat dapat meningkatkan TIK
2. Mengurangi tekanan arteri dan meningkatkan sirkulasi / perfusi serebral.
3. Untuk membantu meningkatkan kondisi pasien.
4. Manuver valsava dapat meningkatkan TIK.
5. Untuk meningkatkan kondisi tubuh pasien.
6. Mengetahui setiap perubahan yang terjadi pada pasien.
7. Obat yang tepat dapat mempercepat kesembuhan pasien.
 |
| 2 | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu mampi meningkatkan fungsi bagain tubuh yang terganggu atau terpengaruh, mempertahankan posisi fungsi yang optimal,dan mampu mempertahankan integritas kulit. | Kriteria Hasil :1. Bertambahnya kekuatan otot.
2. Tidak terjadi kontraktur sendi.
3. Tidak terjadi kerusakan integritas kulit (dekubitus)
 | 1. Observasi adanya nyei atau keluhan fisik lainnya pada pasien
2. Ubah posisi pasien setiap 2 jam.
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien latihan ROM pasif dan aktif
4. Berikan edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien dan keluarga.
5. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif dan ambulasi pasien
 | 1. untuk mengetahui kondisi pasien.
2. Untuk menghindari dari resiko gangguan integritas kulit.
3. Latihan ROM pasif dan aktif dapat meningkatkan kekuatan otot
4. membuat pasien dan keluarga engerti tujuan serta prosedur mobilisasi
5. Program yang khusus dapat dikembangkan untuk menemukan kebutuhan yang berarti / menjaga menjaga kekurangan tersebut dalam keseimbangan, kordinasi dan kekuatan.
 |
| 3 | gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kerusakan komunikasi verbal pasien dapat teratasi.  | Kriteria Hasil :1. pasien mampu mengkomunikasikan kebutuhan dan keinginan pasien dengan kata kata
2. Pasien mampu menyusun kata kata
3. Pasien dapat mempertahankan tingkat komunikasi yang efektif
 | 1. Observasi pasien secara ketat agar dapat mengetahui isyarat kebutuhan dan keinginan seperti isyarat, menunjuk objek, melihat suatu benda, dan pantonim.
2. Pantau dan catat perubahan pola bicara dan tingkat orientasi pasien.
3. Dukung upaya pasien dalam komunikasi dan berilah penguatan positif.
4. Ulang dan katakan pertanyaan degan kalimat lain bila perlu.
5. Berikan dukungan psikologis pada pasien
6. Tinjau ulang hasil diagnostik pasien.
7. Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
8. Kolaborasi dengan rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
 | 1. Karena isyarat nonverbal memberikan arti untuk melakukan tindakan.
2. Perubahan dapat mengindikasikan peningkatan atau penurunan kondisi pasien.
3. Untuk membantu pemahaman pasien.
4. Untuk meningkatkan komunikasi dan mengurangi ansietas pada pasien.
5. Untuk memberikan motivasi kepada pasien.
6. Untuk menentukan peningkatan atau penurunan proses penyakit pasien. Sesuaikan rencana perawatan dengan keadaan penyakit pasien.
7. Untu memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara.
8. Untuk membntu proses pemulihan bicara pada pasien
 |
| 4. | Defisit perawatan diri | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x34 jam diharapkan defisit perawatan diri pasien dapat teratasi | Kriteria hasil :1. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat
2. Mempertahanka kebersihan mulut
 | 1. Observasi monitor tingkat kemandirian pasien
2. Sediakan lingkungan yang terapeutik pada pasien
3. Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien
4. Edukasi anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
 | 1. Untuk mengetahui kondisi yang ada pada pasien
2. Untuk memberikan kenyamanan kepada pasien
3. Untuk mempermudah rutinitas yang perawatan diri yang akan dilakukan pada pasien
4. Untuk memberikan informasi pada pasien dan keluarga terkait perawatan diri
 |
| 5. | Gangguan memori | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x34 jam diharapkan gangguan memori pasien dapat teratasi | Kriteria hasil :1. Verbalisasi kemmpuan mengingat peristiwa meningkat
2. Verbalisasi mudah lupa menurun
 | 1. Observasi monitor perubahan kognitif dan perilaku pasien setiap 2 jam.
2. Orientasikan orang, tempat dan waktu pada pasien
3. Berikan waktu stirahat dan tidur yang cukup pada pasien
4. Edukasi pada keluarga dalam perawatan orientasi realita pasien dengan memberikan pertanyaan perlaha lahan mengenai kebiasaan yang dilakukan oleh pasien secara perlahan lahan tanp memaksa.
 | 1. Untuk mengetahui kondisi yang dialami oleh pasien.
2. Untuk mengetahui respon pasien terkait simulasi yang diberikan.
3. Untuk membuat pasien rileks dan nyaman
4. Untuk memberikan informasi kepada keluarga terkai kondisi yang dialami oleh pasien
 |
| 6 | Defisit pengetahuan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x34 jam diharapkan defisit pengetahuan pasien dapat teratasi | Kriteria hasil :1. Menunjukan perilaku sesuai anjuran
2. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun
 | * + 1. Observasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi yang diberika oleh perawat.
		2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga
		3. Berikan kesempatan untuk bertanya
		4. Edukasi faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
 | 1. Untuk mengetahui tingkat kemampuan yang akan diterima oleh pasien dan keluarga.
2. Untuk mempermudah dalam mengerti informasi yang telah diberikan.
3. Untuk mengetahui tingkat mengerti pasien dan keluarga
4. Untuk memberikan informasi terkait kesehatan.
 |

**Tabel 3.6 Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NoDx | Tgl/Jam | Tindakan | TT | Tgl/Jam | Catatan perkembangan | TT |
| 111111111 | Selasa 28 Januari 2020 07.3008.0009.4510.1510.3011.0012.0013.0013.05 | BHSP dengan pasien dan keluarga pasien, mengucapkan salam dan memperkenalkan diri. Respon : keluarga pasien kooperatifMelakukan pengkajian observasi tanda-tanda vital hasil :* a. TD: 140/100 mmHg
* b. Suhu: 37 ºC
* c. Frekuensi nadi : 85 x/menit
* d. Frekuensi nafas : 20 x/menit
* e.SPO2: 98 %
* f. GCS: 4 4 6
* g. Pasien somnolen

Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya menjaga ketenangan pasien dengan membatasi pengunjung. Respon : keluarga mengatakan bahwa berkunjung hanya bergiliran setiap masuk hanya 1 orang.Injeksi citicoline Iv 500 mg. Fungsi injeksi citicolin : Memperbaiki sirkulasi darah ke otak, pasien tidak ada respon alergiMelakukan Pengkajian Observasi tanda-tanda vital: hasil :* a. TD: 140/100 mmHg
* b. Suhu: 37 ºC
* c. Frekuensi nadi : 85 x/menit
* d. Frekuensi nafas : 20 x/menit
* e.SPO2: 98 %
* f. GCS: 4 4 6
* g. Pasien somnolen

Memberikan posisi kepala lebih tinggi 15-30º.Respon : pasien tampak lebih rileksMenganjurkan pasien untuk istirahat yang cukupMembantu memberi obat oral allopurinol tablet 100mg dan curcuma tablet 3x1 pada pasien.allopurinol tablet berfungsi untuk menurunkan tekanan darah tinggi. Hasil : pasien sudah meminum obat dibantu oleh keluarga dan tidak ada respon alergiMengobservasi tanda tanda vital dan GCS pasien.Hasil :a. TD: 130/100 mmHgb. Suhu: 37 ºCc. Frekuensi nadi : 98 x/menitd. Frekuensi nafas : 20 x/menite. SPO2: 98 %f. GCS: 4 4 6 | Cicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 14.00 | Dinas PagiDx1S:GCS pasien 446, kesadaran pasien somnolenO:Pasien tidak gelisah.pasien mengalami kesulitan mengingat bahwa pasien sekarang berada di RSAL Dr. Ramelan SurabayaSakit kepala pasienmenurun.Pasien tampak gelisahHasil Tanda-tanda vital* 1. TD: 130/100 mmHg
	2. Suhu: 37 ºC
	3. Frekuensi nadi : 98 x/menit
	4. Frekuensi nafas : 20 x/menit
	5. SPO2: 98 %
	6. GCS: 4 4 6

A:Masalah belum teratasiP:Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, yaitu : 1. Observasi monitor tanda dan gejala peningkatan TIK.
2. Posisikan pasien pada posisi semi fowler, naikan bed pasien 20-30°.
3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang pada pasien.
4. Menganjurkan pasien untuk tidak mengejan.
5. Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya menjaga ketenangan pasien dengan membatasi pengunjung.
6. Kolaborasikan untuk pemberian citicolin 3x500mg.
 | Cicik Yuan |
| 222222 | 07.3008.0010.0010.1510.2013.00 | BHSP dengan pasien dan keluarga pasien, mengucapkan salam dan memperkenalkan diri. Respon : keluarga pasien kooperatifPengkajian Observasi tanda-tanda vital. Hasil * 1. TD: 140/100 mmHg
	2. Suhu: 37 ºC
	3. Frekuensi nadi : 85 x/menit
	4. Frekuensi nafas : 20 x/menit
	5. SPO2: 98 %
	6. GCS: 4 4 6
	7. Pasien somnolen

mengubah posisi pasien setiap 2 jam. Respon: pasien tampak meringis. Setiap setelah diubah posisi pasien tampak ingi kembali ke posisi semula.Mengobservasi tanda tanda vital dan GCS pasien.a. TD: 130/100 mmHgb. Suhu: 37 ºCc. Frekuensi nadi : 98 x/menitd. Frekuensi nafas : 20 x/menie. SPO2: 98 %f. GCS: 4 4 6g. pasien somnolenh. pasien nampak gelisahMelakukan ROM aktif dan pasif pada pasien. Respon : saat dilakukan ROM, pasien cenderung mengantuk, dan mengeluh sakit saat dilakukan ROM ekstremitas bawah bagian kananMengobservasi tanda tanda vital dan GCS pasien.a. TD: 130/100 mmHgb. Suhu: 37 ºCc. Frekuensi nadi : 98 x/menitd. Frekuensi nafas : 20 x/menie. SPO2: 98 %f. GCS: 4 4 6g. pasien somnolenh. pasien nampak gelisah | Cicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 14.00 | Dinas pagiDx.2S:  GCS pasien 446, kesadaran pasien somnolenO:Observasi kekuatan otot1111 55551111 55551. GCS: 4 4 6

Kelemahan di esktrimitas bagian kanan (hemiparase dextra).Pasien tampak gelisahA:Masalah belum teratasi.P:Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, yaitu :1. Observasi adanya nyei atau keluhan fisik lainnya pada pasien
2. Ubah posisi pasien setiap 2 jam.
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien latihan ROM pasif dan aktif
4. Berikan edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien dan keluarga.
5. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif dan ambulasi pasien
 | Cicik Yuan |
| 333 | 07.3009.0012.10 | BHSP dengan pasien dan keluarga pasien, mengucapkan salam dan memperkenalkan diri. Respon : keluarga pasien kooperatifMenganjurkan keluarga pasien untuk mengajak komunikasi pasien dalam melatih komunikasi verbal pasien. Respon : keluarga pasien mengatakan saat diajak komunikasi Pasien mengantuk, dan bicara masih tidak jelasMenganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup. Respon : pasien tampak gelisah | Cicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 14.00 | Dx.3S : GCS pasien 446, kesadaran pasien somnolenO : * Pasien tampak berbicara tidak jelas.
* Pasien tampak gelisah

A : * Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7,8 yaitu :1. Observasi pasien secara ketat agar dapat mengetahui isyarat kebutuhan dan keinginan seperti isyarat, menunjuk objek, melihat suatu benda, dan pantonim.
2. Pantau dan catat perubahan pola bicara dan tingkat orientasi pasien.
3. Dukung upaya pasien dalam komunikasi dan berilah penguatan positif.
4. Ulang dan katakan pertanyaan degan kalimat lain bila perlu.
5. Berikan dukungan psikologis pada pasien
6. Tinjau ulang hasil diagnostik pasien.
7. Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
8. Kolaborasi dengan rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
 | Cicik Yuan |
| 1111111 | 15.0015.3016.0017.0018.0018.1020.00 | Membantu menyeka pasien. Saat menyeka pasien juga dilakukan miring kanan miring kiri. Respon pasien mengeluh sakit saat kaki kanan ditekukInjeksi citicoline Iv 500 mg. Fungsi injeksi citicolin : Memperbaiki sirkulasi darah ke otak, pasien tidak ada respon alergiMenganjurkan pasien untuk istirahat dengan cukup. Respon : pasien tampak gelisahMemonitor TTV dan GCS pasien. Hasil :1. TD: 150/120 mmHg
2. Suhu: 37 ºC
3. Frekuensi nadi : 90 x/menit
4. Frekuensi nafas : 20 x/menit
5. SPO2: 98 %
6. GCS: 4 4 6
7. Pasien somnolen

Melakukan ROM pada pasien setiap 2 jam. Respon : saat dilakukan ROM pasien mengeluh sakit di kaki bagian kanan. Memberikan makan pada pasien dan obat oral allopurinol 100mg, curcuma 3x1, Spironolacton 2,5 mg. Pasien disuapi oleh keluarga pasien, dan sudh diberi minum obat oral, tidak ada respon alergiMemonitor TTV dan GCS pada pasien* 1. TD: 150/120 mmHg
	2. Suhu: 37 ºC
	3. Frekuensi nadi : 80 x/menit
	4. Frekuensi nafas : 20 x/menit
	5. SPO2: 98 %
	6. GCS: 4 4 6
	7. Pasien somnolen
 | Cicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 21.00 | Dinas soreDx1S:GCS pasien 446, kesadaran pasien somnolen O:Tanda-tanda vital1. TD: 140/100 mmHg
2. Suhu: 36,7 ºC
3. Frekuensi nadi : 80 x/menit
4. Frekuensi nafas : 20 x/menit
5. SPO2: 98 %
6. GCS: 4 4 6
7. Pasien somnolen

A:Masalah belum teratasiP:Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, yaitu :1. Observasi monitor tanda dan gejala peningkatan TIK.
2. Posisikan pasien pada posisi semi fowler, naikan bed pasien 20-30°.
3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang pada pasien.
4. Menganjurkan pasien untuk tidak mengejan
5. Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya menjaga ketenangan pasien dengan membatasi pengunjung.
6. Kolaborasikan untuk pemberian citicolin 3x500mg.
 | Cicik Yuan |
| 2222 | 15.0016.0018.00 | Membantu menyeka pasien. Saat menyeka pasien juga dilakukan miring kanan miring kiri. Respon pasien mengeluh sakit saat kaki kanan ditekukMenganjurkan pasien untuk istirahat dengan cukup. Pasien nampak gelisahMelakukan ROM pada pasien setiap 2 jam. Respon : pasien mengeluh sakit saat dilakukan ROM bagian kaki kanan. Mengubah posisi pasien setiap 2 jam. Menguba posisi pasien miring kanan, dengan diganjal bantal di belakang pasien. Respon : pasien tampak gelisah dan kembali ke posisi semula  | Cicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 21.00 | Dinas soreDx.2S:GCS pasien 446, kesadaran pasien somnolenO:Observasi kekuatan otot1111 55551111 5555Kelemahan di esktrimitas bagian kanan (hemiparase dextra).Pasien tampak gelisahA:  Masalah belum teratasi.P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, yaitu :1. Observasi adanya nyei atau keluhan fisik lainnya pada pasien
2. Ubah posisi pasien setiap 2 jam.
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien latihan ROM pasif dan aktif
4. Berikan edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien dan keluarga.
5. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif dan ambulasi pasien
 | Cicik Yuan |
| 3333 | 15.0016.0017.3019.00 | Membantu menyeka pasien. Saat menyeka pasien juga dilakukan miring kanan miring kiri. Respon pasien mengeluh sakit saat kaki kanan ditekukMenganjurkan pasien untuk istirahat dengan cukup. Pasien nampak gelisahMenganjurkan keluarga pasien untuk mengajak ngobrol apabila ada jadwal menjenguk. Respon : pasien somnolenMelatih pasien bicara. Menanyai nama pasien, nama istri, dan jumlah anak. Respon : pasien menjawab pertanyaan dengan benar namun bicaranya tidak jelas | Cicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 21.00 | Dinas soreDx.3S :  GCS pasien 446, kesadaran pasien somnolenO : * Pasien tampak berbicara tidak jelas.
* Pasien tampak gelisah

A : * Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, yaitu :1. Observasi pasien secara ketat agar dapat mengetahui isyarat kebutuhan dan keinginan seperti isyarat, menunjuk objek, melihat suatu benda, dan pantonim.
2. Pantau dan catat perubahan pola bicara dan tingkat orientasi pasien.
3. Dukung upaya pasien dalam komunikasi dan berilah penguatan positif.
4. Ulang dan katakan pertanyaan degan kalimat lain bila perlu.
5. Berikan dukungan psikologis pada pasien
6. Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
7. Kolaborasi dengan rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
 | Cicik Yuan |
| 1111111 | 21.0005.0005.3005.4006.0006.1507.00 | Dinas malamMemberikan minum pada pasien. Pasien minum sebanyak 2 kali tegukanMembantu menyeka pasien. Saat menyeka pasien juga dilakukan miring kanan miring kiri. Respon pasien mengeluh sakit saat kaki kanan ditekukMembantu posisi pasien semifowler. Pasien tampak lebih rileks namun memegangi kepala.Injeksi citicoline Iv 500 mg. Fungsi injeksi citicolin : Memperbaiki sirkulasi darah ke otak, pasien tidak ada respon alergiMembantu pasien miring kanan dan kiri. Respon : pasien mengerang dan bicara tidak jelas.Memberikan obat oral allopurinol 100, spirolacton 25 mg , Curcuma . berfungsi untuk menurunkan tekanan darah tinggi. Respon : pasien sudah diberi minum obat oral dan tidak ada respon alergiMengobservasi Tanda-tanda vital pasien. Hasil 1. TD: 120/80 mmHg
2. Suhu: 37 ºC
3. Frekuensi nadi : 90 x/menit
4. Frekuensi nafas : 20 x/menit
5. SPO2: 98 %
6. GCS: 446
 | Cicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 07.00 | Dinas malamDx1S: GCS pasien 446, kesadaran pasien somnolenO:Pasien tampak memegangi kepala bagian belakangTanda-tanda vital1. TD: 120/80 mmHg
2. Suhu: 37 ºC
3. Frekuensi nadi : 90 x/menit
4. Frekuensi nafas : 20 x/menit
5. SPO2: 98 %
6. GCS: 446

A: Masalah belum teratasiP: Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6, yaitu :1. Observasi monitor tanda dan gejala peningkatan TIK.
2. Posisikan pasien pada posisi semi fowler, naikan bed pasien 20-30°.
3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang pada pasien.
4. Menganjurkan pasien untuk tidak mengejan
5. Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya menjaga ketenangan pasien dengan membatasi pengunjung.
6. Kolaborasikan untuk pemberian citicolin 3x500mg.
 | Cicik Yuan |
| 2222 | 04.3005.2005.30 | Dinas malamMembantu posisi pasien semifowler. Pasien tampak lebih rileks namun memegangi kepalaMelakukan ROM pada pasien setiap 2 jam. Respon : saat dilakukan ROM pasien mengeluh sakit di kaki bagian kananMembantu pasien miring kanan dan kiri. Respon : pasien mengerang dan bicara tidak jelas.Menganjurkan pasien istirahat. Respon : pasien gelisah dan bicara tidak jelas | Cicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 07.00 | Dinas malamDx.2S:pasien mengatakan ekstremitas tubuh bagian kanan masih belum bisa digerakkan.O: Observasi kekuatan otot 1111 55551111 5555Kelemahan di esktrimitas bagian kanan (hemiparase dextra).GCS: 4 4 6Pasien tampak gelisahA: Masalah belum teratasi.P:  Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, yaitu :1. Observasi adanya nyei atau keluhan fisik lainnya pada pasien
2. Ubah posisi pasien setiap 2 jam.
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien latihan ROM pasif dan aktif
4. Berikan edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien dan keluarga.
5. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif dan ambulasi pasien
 | Cicik Yuan |
| 33 | 21.0506.30 | Dinas malamMenganjurkan pasien agar segera beristirahat. Respon : pasien gelisah dan bicara tidak jelasMenganjurkan keluarga pasien untuk mengajak pasien berkomunikasi. Respon : keluarga pasien mengajak pasien mengaji, seperti kebiasaanya dirumah. Pasien mampu mengaji namun tidak jelas | Cicik YuanCicik Yuan | 07.00 | Dinas malamDx.3S : * Keluarga mengatakan bahwa pasien diajak komunikasi masih susah karena bicara pasien tidak jelas.

O : * Pasien tampak berbicara tidak jelas.
* Pasien tampak brusaha untuk berkomunikasi tampak gelisah

A : Masalah belum teratasiP : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, yaitu :1. Observasi pasien secara ketat agar dapat mengetahui isyarat kebutuhan dan keinginan seperti isyarat, menunjuk objek, melihat suatu benda, dan pantonim.
2. Pantau dan catat perubahan pola bicara dan tingkat orientasi pasien.
3. Dukung upaya pasien dalam komunikasi dan berilah penguatan positif.
4. Ulang dan katakan pertanyaan degan kalimat lain bila perlu.
5. Berikan dukungan psikologis pada pasien
6. Tinjau ulang hasil diagnostik pasien.
7. Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
8. Kolaborasi dengan rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
 | Cicik Yuan |
| 111111 | Rabu29 Januari 202009.0010.0011.0012.0012.30 | Dinas pagiObservasi tanda-tanda vital: hasil * a. TD: 150/110 mmHg
* b. Suhu: 37 ºC
* c. Frekuensi nadi : 85 x/menit
* d. Frekuensi nafas : 20 x/menit
* e.SPO2: 98 %
* f. GCS: 4 4 6
* g. Pasien somnolen

Injeksi citicoline Iv 500 mg.Fungsi injeksi citicolin : Memperbaiki sirkulasi darah ke otak, pasien tidak ada respon alergiMemberikan posisi kepala lebih tinggi 15-30º.Respon : pasien tampak lebih rileksMenganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup. Pasien tampak rileksMembantu memberi obat oral allopurinol tablet 100mg dan curcuma tablet 3x1 pada pasien.allopurinol tablet berfungsi untuk menurunkan tekanan darah tinggi. Hasil : pasien sudah meminum obat dibantu oleh keluarga dan tidak ada respon alergiMengobservasi tanda tanda vital dan GCS pasien.Hasil :a. TD: 140/100 mmHgb. Suhu: 37 ºCc. Frekuensi nadi : 90 x/menitd. Frekuensi nafas : 20 x/menite. SPO2: 98 %f. GCS: 4 4 6Membuang urine pasien 300 CC | Cicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik YuanVCicik Yuan | 14.00 | Dinas pagiDx1S:Pasien mengeluh bahwa pusingnya berkurang.O:Pasien nampak tenangTanda-tanda vitala.TD: 140/100 mmHgb.Suhu: 37,1 ºCc.Frekuensi nadi : 90 x/menitd.Frekuensi nafas : 20 x/menite.SPO2: 98 %f.GCS: 4 4 6A:  Masalah teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, yaitu :1. Observasi monitor tanda dan gejala peningkatan TIK.
2. Posisikan pasien pada posisi semi fowler, naikan bed pasien 20-30°.
3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang pada pasien.
4. Menganjurkan pasien untuk tidak mengejan
5. Catat respon pasien terhadap stimulus yang diberikan.
6. Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya menjaga ketenangan pasien dengan membatasi pengunjung.
7. Pemberian citicolin dihentikan pasie dilanjutkan pemberian obat oral saja.
 | Cicik Yuan |
| 222 | Rabu29 Januari 202009.0009.3011.00 | Dinas pagiMembantu ROM pasien setiap 2 jam. saat dilakukan ROM mengeluh sakit saat dilakukan ROM ekstremitas bawah bagian kanan. Pasien berusaha menggerakkan ekstremitas tubuh bagian kanan, namun tidak bisaMenganjurkan pasien untuk istirahat yag cukup. pasien nampak gelisah. GCS 446Memposisikan pasien miring kanan. Pasien mengerang saat dilakukan perubahan posisi. | Cicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 14.00 | Dinas pagiDx.2S:Pasien mengeluh ekstremitas tubuh bagian kanan masih belum bisa digerakkan.O:Observasi kekuatan otot1111 55551111 5555Kelemahan di esktrimitas bagian kanan (hemiparase dextra).Pasien berusaha menggerakan ekstremitas tubuh bagian kananGCS: 4 4 6Pasien tampak gelisahA: Masalah belum teratasi.P: Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, yaitu :1. Observasi adanya nyei atau keluhan fisik lainnya pada pasien
2. Ubah posisi pasien setiap 2 jam.
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien latihan ROM pasif dan aktif
4. Berikan edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien dan keluarga.
5. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif dan ambulasi pasien
 | Cicik Yuan |
| 33 | Rabu29 Januari 202009.3010.00 | Dinas pagiMenganjurkan keluarga pasien untuk mengajak komunikasi pasien dalam melatih komunikasi verbal pasien. Respon : keluarga pasien mengatakan saat diajak komunikasi Pasien cenderung mengantuk, bicara masih tidak jelasMenganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup. Respon : pasien tampak gelisah | Cicik YuanCicik Yuan | 14.00 | Dinas pagiDx.3S : * Keluarga mengatakan bahwa bicara pasien masih belum jelas.

O : * Pasien tampak berbicara namun tidak jelas.
* Pasien tampak mengantuk ketika diajak berbicara.

A : Masalah belum teratasiP : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, yaitu :1. Observasi pasien secara ketat agar dapat mengetahui isyarat kebutuhan dan keinginan seperti isyarat, menunjuk objek, melihat suatu benda, dan pantonim.
2. Pantau dan catat perubahan pola bicara dan tingkat orientasi pasien.
3. Dukung upaya pasien dalam komunikasi dan berilah penguatan positif.
4. Ulang dan katakan pertanyaan degan kalimat lain bila perlu.
5. Berikan dukungan psikologis pada pasien
6. Tinjau ulang hasil diagnostik pasien.
7. Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
8. Kolaborasi dengan rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
 | Cicik Yuan |
| 111111 | 15.0015.3016.0017.0017.3018.00 | Dinas soreMembantu menyeka pasien. Saat menyeka pasien juga dilakukan miring kanan miring kiri. Respon pasien mengeluh sakit saat kaki kanan ditekukMenganjurkan pasien untuk istirahat dengan cukup. Respon : pasien tampak tenangMemonitor TTV dan GCS pasien. Hasil :1. TD: 140/120 mmHg
2. Suhu: 37 ºC
3. Frekuensi nadi : 90 x/menit
4. Frekuensi nafas : 20 x/menit
5. SPO2: 98 %
6. GCS: 4 4 6
7. Pasien somnolen

Memberikan makan pada pasien dan obat oral allopurinol 100mg, curcuma 3x1, Spironolacton 2,5 mg. Pasien disuapi oleh keluarga pasien, dan sudah diberi minum obat oral, tidak ada respon alergiMengganti cairan infus pasien . NS 20tpmMembantu pasien posisi semifowler. Pasien tampak rileks | Cicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 21.00 | Dinas soreDx1S:Pasien mengeluh bahwa pusingnya sudah berkurang.O:Pasien nampak tenangTanda-tanda vital1. TD: 140/100 mmHg
2. Suhu: 37 ºC
3. Frekuensi nadi : 90 x/menit
4. Frekuensi nafas : 20 x/menit
5. SPO2: 98 %
6. GCS: 4 4 6

A:  Masalah teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, yaitu :1. Observasi monitor tanda dan gejala peningkatan TIK.
2. Posisikan pasien pada posisi semi fowler, naikan bed pasien 20-30°.
3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang pada pasien.
4. Menganjurkan pasien untuk tidak mengejan
5. Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya menjaga ketenangan pasien dengan membatasi pengunjung.
 | Cicik Yuan |
| 222 | 18.0019.0019.2020.00 | Dinas soreMembantu posisi pasien semifowler. Pasien tampak lebih rileks namun memegangi kepalaMelakukan ROM pada pasien setiap 2 jam. Respon : saat dilakukan ROM pasien mengeluh sakit di kaki bagian kananMembantu pasien miring kanan dan kiri. Respon : pasien mengerang dan bicara tidak jelas.Menganjurkan pasien istirahat. Respon : pasien gelisah dan bicara tidak jelasMenganjurkan pasien istirahat. Respon : pasien gelisah | Cicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 21.00 | Dinas soreDx.2S:Pasien mengeluh bahwa ekstremitas tubuh bagian kanan masih belum bisa digerakkan.O:Observasi kekuatan otot1111 55551111 5555Kelemahan di esktrimitas bagian kanan (hemiparase dextra).Pasien berusaha menggerakan ekstremitas tubuh bagian kananGCS: 4 4 6Pasien tampak gelisahA:  Masalah belum teratasi.P:  Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, yaitu :1. Observasi adanya nyei atau keluhan fisik lainnya pada pasien
2. Ubah posisi pasien setiap 2 jam.
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien latihan ROM pasif dan aktif
4. Berikan edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien dan keluarga.
5. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif dan ambulasi pasien
 | Cicik Yuan |
| 333 | 15.0020.0521.00 | Dinas soreMembantu menyeka pasien. Saat menyeka pasien juga dilakukan miring kanan miring kiri. Respon pasien mengeluh sakit saat kaki kanan ditekukMenganjurkan keluarga pasien untuk mengajak ngobrol apabila ada jadwal menjenguk. Respon : pasien cenderung mengantuk dan bicara tidak jelas, pasIen nampak gelisahMelatih pasien bicara. Respon : pasien mengaji dengan cepat namun bicara tidak jelas | Cicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 21.00 | Dinas soreDx.3S : * Keluarga mengatakan bahwa bicara pasien masih belum jelas.

O : * Pasien tampak berbicara namun tidak jelas.
* Pasien tampak mengantuk ketika diajak berbicara.

A : Masalah belum teratasiP : Lnjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 yaitu :1. Observasi pasien secara ketat agar dapat mengetahui isyarat kebutuhan dan keinginan seperti isyarat, menunjuk objek, melihat suatu benda, dan pantonim.
2. Pantau dan catat perubahan pola bicara dan tingkat orientasi pasien.
3. Dukung upaya pasien dalam komunikasi dan berilah penguatan positif.
4. Ulang dan katakan pertanyaan degan kalimat lain bila perlu.
5. Berikan dukungan psikologis pada pasien
6. Tinjau ulang hasil diagnostik pasien.
7. Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
8. Kolaborasi dengan rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
 | Cicik Yuan |
| 1111 | 21.0005.0005.3006.00 | Dinas malam* Menganjurkan pasien untuk istirahat, pasien nampak tenang
* Mengobservasi tanda tanda vital dan GCS pasien
* a. TD: 130/100 mmHg
* b. Suhu: 37, ºC
* c. Frekuensi nadi : 92 x/menit
* d. Frekuensi nafas : 20 x/menit
* e. SPO2: 98 %
* f. GCS: 4 5 5
* Membantu memposisikan pasien posisi semifowler, pasien nampak rileks
* Memberikan diet dan terapi orallisinopril, allopurinol 100mg, curcuma 3x1 pada pasien. Respon : tidak ada respon alergi
 | Cicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 07.00 | Dinas malamDx1S: Pasien mengeluh bahwa pusingnya sudah berkurang.O: Pasien nampak tenang Tanda-tanda vital1. TD: 130/100 mmHg
2. Suhu: 37, ºC
3. Frekuensi nadi : 92 x/menit
4. Frekuensi nafas : 20 x/menit
5. SPO2: 98 %
6. GCS: 4 5 5

A:  Masalah teratasi sebagianP :  intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, yaitu :1. Observasi monitor tanda dan gejala peningkatan TIK.
2. Posisikan pasien pada posisi semi fowler, naikan bed pasien 20-30°.
3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang pada pasien.
4. Menganjurkan pasien untuk tidak mengejan.
5. Catat respon pasien terhadap stimulus yang diberikan.
6. Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya menjaga ketenangan pasien dengan membatasi pengunjung.
7. Kolaborasikan untuk pemberian citicolin 3x500mg.
 | Cicik Yuan |
| 2222 | 05.0006.1006.3006.50 | Dinas malamMembantu posisi pasien semifowler. Pasien tampak lebih rileks. GCS 455Melakukan ROM pada pasien setiap 2 jam. Respon : saat dilakukan ROM pasien mengeluh sakit di kaki bagian kananMembantu pasien miring kanan dan kiri. Respon : pasien mengerang dan bicara tidak jelas.Menganjurkan pasien istirahat. Respon : pasien gelisah dan bicara tidak jelasMenganjurkan pasien untuk istirahat, pasien tenang | Cicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 07.00 | Dinas malamDx.2S: Pasien mengeluh kaki kanan sudah bisa sedikit digerakkan namun tangan kanan masih belum bisa digerakkan.O: Observasi kekuatan otot 1111 55551111 5555Kelemahan di esktrimitas bagiankanan (hemiparase dextra).Pasien berusaha menggerakanekstremitas tubuh bagian kananGCS: 4 5 5, Pasien tampak gelisahA:  Masalah teratasi sebagianP:  Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, yaitu :1. Observasi adanya nyei atau keluhan fisik lainnya pada pasien
2. Ubah posisi pasien setiap 2 jam.
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien latihan ROM pasif dan aktif
4. Berikan edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien dan keluarga.
5. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif dan ambulasi pasien
 | Cicik Yuan |
| 33333 | 21.0005.0005.3005.4505.50 | Dinas malamMenganjurkan pasien untuk istirahat. Respon : pasien tampak rileksMembantu menyeka pasien. Saat menyeka pasien juga dilakukan miring kanan miring kiri. Respon pasien mengeluh sakit saat kaki kanan ditekukMenganjurkan pasien untuk istirahat dengan cukup. Pasien nampak gelisahMenganjurkan keluarga pasien untuk mengajak ngobrol apabila ada jadwal menjenguk. Respon : pasien cenderung mengantuk dan bicara tidak jelasMelatih pasien bicara. Respon : pasien mengaji dengan cepat namun bicara tidak jelas | Cicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 07.00 | Dinas malamDx.3S : * Keluarga mengatakan bahwa bicara pasien belum jelas, namun pasien aktif berkomunikasi.

O : * Pasien tampak berbicara namun tidak jelas.
* Pasien tampak mengantuk ketika diajak berbicara.

A : Masalah belum teratasiP : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, yaitu :1. Observasi pasien secara ketat agar dapat mengetahui isyarat kebutuhan dan keinginan seperti isyarat, menunjuk objek, melihat suatu benda, dan pantonim.
2. Pantau dan catat perubahan pola bicara dan tingkat orientasi pasien.
3. Dukung upaya pasien dalam komunikasi dan berilah penguatan positif.
4. Ulang dan katakan pertanyaan degan kalimat lain bila perlu.
5. Berikan dukungan psikologis pada pasien
6. Tinjau ulang hasil diagnostik pasien.
7. Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
8. Kolaborasi dengan rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
 | Cicik Yuan |
| 11111 | 08.0010.0011.0011.3012.00 | Dinas pagiPengkajian Observasi tanda-tanda vital: hasil * a. TD: 140/100 mmHg
* b. Suhu: 37 ºC
* c. Frekuensi nadi : 85 x/menit
* d. Frekuensi nafas : 20 x/menit
* e.SPO2: 98 %
* f. GCS: 4 4 6

Injeksi citicoline Iv 500 mg.Fungsi injeksi citicolin : Memperbaiki sirkulasi darah ke otak, pasien tidak ada respon alergiMembantu memindahkan pasien dari stroke unit ke ruang pav 7. Respon : saat dipindahh bed, pasien mengerang sakitMemberikan posisi kepala lebih tinggi 15-30º.Respon : pasien tampak lebih rileksMengobservasi tanda tanda vital dan GCS pasien.Hasil :a. TD: 130/90 mmHgb. Suhu: 37 ºCc. Frekuensi nadi : 92 x/menitd. Frekuensi nafas : 20 x/menite. SPO2: 98%f. GCS: 4 4 6 | Cicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 14.00 | Dinas pagiDx1S: Pasien mengeluh bahwa pusingnya sudah berkurang.O: Pasien nampak tenang Tanda-tanda vital1. TD: 130/90 mmHg
2. Suhu: 37, ºC
3. Frekuensi nadi : 92 x/menit
4. Frekuensi nafas : 20 x/menit
5. SPO2: 98 %
6. GCS: 4 55

A:  Masalah teratasi sebagianP:  Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, yaitu :1. Observasi monitor tanda dan gejala peningkatan TIK.
2. Posisikan pasien pada posisi semi fowler, naikan bed pasien 20-30°.
3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang pada pasien.
4. Menganjurkan pasien untuk tidak mengejan
5. Catat respon pasien terhadap stimulus yang diberikan.
6. Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya menjaga ketenangan pasien dengan membatasi pengunjung.
7. Kolaborasikan untuk pemberian citicolin 3x500mg.
 | Cicik Yuan |
| 222 | 09.0010.0011.0011.30 | Dinas pagiMembantu posisi pasien semifowler.respon : pasien nampak gelisahMelakukan ROM pada pasien setiap 2 jam. Respon : saat dilakukan ROM pasien mengeluh sakit di kaki bagian kanan. tangan sudah bisa sedikit digerakkanMembantu pasien miring kanan dan kiri. Respon : pasien mengerang dan bicara tidak jelas.Menganjurkan pasien istirahat. Respon : pasien gelisah dan bicara tidak jelasMembuang urine pasien 350 CC | Cicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 14.00 | Dinas pagiDx.2S: Pasien mengeluh kaki kanan sudah bisa sedikit digerakkan namun tangan kanan masih belum bisa digerakkan.O: Observasi kekuatan otot 1111 55551111 5555Kelemahan di esktrimitas bagian kanan (hemiparase dextra).Pasien berusaha menggerakan ekstremitas tubuh bagian kananGCS: 4 5 5Pasien tampak gelisahA: Masalah teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, yaitu :1. Observasi adanya nyei atau keluhan fisik lainnya pada pasien
2. Ubah posisi pasien setiap 2 jam.
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien latihan ROM pasif dan aktif
4. Berikan edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien dan keluarga.
5. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif dan ambulasi pasien
 | Cicik Yuan |
| 333 | 10.0011.0011.30 | Menganjurkan keluarga pasien untuk mengajak komunikasi pasien dalam melatih komunikasi verbal pasien. Respon : keluarga pasien mengatakan saat diajak komunikasi Pasien mengantuk, dan bicara masih tidak jelasMenganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup. Respon : pasien tampak gelisahmelatih komunikasi pasien. Mengajak pasien untuk mengucapkan kata bismillah dibantu oleh keluarga. Respon : pasien mengaji surat al-fatihah dari awal sampai selesai, namun tidak jelas dan samar-samar | Cicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 14.00 | Dinas pagiDx.3S :  Keluarga mengatakan bahwa bicara pasien belum jelas, namun pasien aktif berkomunikasi.O : * Pasien tampak berbicara namun tidak jelas.
* Pasien tampak mengantuk ketika diajak berbicara.

A :  Masalah belum teratasiP :  Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, yaitu :1. Observasi pasien secara ketat agar dapat mengetahui isyarat kebutuhan dan keinginan seperti isyarat, menunjuk objek, melihat suatu benda, dan pantonim.
2. Pantau dan catat perubahan pola bicara dan tingkat orientasi pasien.
3. Dukung upaya pasien dalam komunikasi dan berilah penguatan positif.
4. Ulang dan katakan pertanyaan degan kalimat lain bila perlu.
5. Berikan dukungan psikologis pada pasien
6. Tinjau ulang hasil diagnostik pasien.
7. Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
8. Kolaborasi dengan rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
 | Cicik Yuan |
| 11111 | 16.0016.3017.0017.3018.00 | Dinas soreMembantu menyeka pasien. Saat menyeka pasien juga dilakukan miring kanan miring kiri. Respon pasien mengeluh sakit saat kaki kanan ditekukMenganjurkan pasien untuk istirahat dengan cukup. Respon : pasien tampak rileks, saat ditanya pasien apakah masih pusing pasien menjawab sudah tidak pusing.Melakukan ROM pada pasien setiap 2 jam. Respon : saat dilakukan ROM pasien mengeluh sakit di kaki bagian kanan. Memberikan makan pada pasien dan obat oral allopurinol 100mg, curcuma 3x1, Spironolacton 2,5 mg. Pasien disuapi oleh keluarga pasien, dan sudah diberi minum obat oral, tidak ada respon alergiMemonitor TTV dan GCS pada pasien1. TD: 150/120 mmHg
2. Suhu: 37 ºC
3. Frekuensi nadi : 80 x/menit
4. Frekuensi nafas : 20 x/menit
5. SPO2: 98 %
6. GCS: 4 5 6
 | Cicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 21.00 | Dinas soreDx1S: Pasien mengeluh pusingnya sudah hilang.O: Pasien nampak tenang Pasien nampak senyum Tanda-tanda vital* 1. T: 100/80 mmHg
	2. Suhu: 37, ºC
	3. Frekuensi nadi : 90 x/menit
	4. Frekuensi nafas : 20 x/menit
	5. SPO2: 98 %
	6. GCS: 4 5 6

A:  Masalah teratasi sebagianP:  Lanjutkan intervensi di ruang pav 7 | Cicik Yuan |
| 2222 | 15.0016.0016.30 | Dinas soreMembantu posisi pasien semifowler. Pasien tampak lebih rileks namun memegangi kepalaMelakukan ROM pada pasien setiap 2 jam. Respon : saat dilakukan ROM pasien mengeluh sakit di kaki bagian kananMembantu pasien miring kanan dan kiri. Respon : pasien mengerang dan bicara tidak jelas.Menganjurkan pasien istirahat. Respon : pasien gelisah dan bicara tidak jelas | Cicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 21.00 | Dinas soreDx.2S:Pasien mengeluh bahwa kaki kanan sudah bisa sedikit digerakkan namun tangan kanan masih belum bisa digerakkan.O:Observasi kekuatan otot1. 2222 5555

1111 5555Kelemahan di esktrimitas bagian kanan (hemiparase dextra).Pasien berusaha menggerakan ekstremitas tubuh bagian kananGCS: 4 5 6Pasien tampak tenangA:  Masalah teratasi sebagianP:  Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, yaitu :1. Observasi adanya nyei atau keluhan fisik lainnya pada pasien
2. Ubah posisi pasien setiap 2 jam.
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien latihan ROM pasif dan aktif
4. Berikan edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien dan keluarga.
5. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif dan ambulasi pasien
 | Cicik Yuan |
| 333 | 05.0006.0007.00 | Dinas soreMembantu menyeka pasien dan melakukan oral higine. Saat menyeka pasien juga dilakukan miring kanan miring kiri. Respon pasien mengeluh sakit saat kaki kanan ditekuk. Pasien cenderung mengantukMenganjurkan pasien untuk istirahat dengan cukup. Pasien nampak tenangMenganjurkan keluarga pasien untuk mengajak ngobrol apabila ada jadwal menjenguk. Respon : pasien cenderung mengantuk dan bicara tidak jelasMelatih pasien bicara. Respon : pasien mengaji dengan cepat namun bicara tidak jelas | Cicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 21.00 | Dinas soreDx.3S :  Keluarga mengatakan bahwa bicara pasien belum jelas, namun pasien aktif berkomunikasi.O : * Pasien tampak berbicara namun tidak jelas.
* Pasien nampak antusias berkomunikasi

A : Masalah belum teratasiP : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, yaitu :1. Observasi pasien secara ketat agar dapat mengetahui isyarat kebutuhan dan keinginan seperti isyarat, menunjuk objek, melihat suatu benda, dan pantonim.
2. Pantau dan catat perubahan pola bicara dan tingkat orientasi pasien.
3. Dukung upaya pasien dalam komunikasi dan berilah penguatan positif.
4. Ulang dan katakan pertanyaan degan kalimat lain bila perlu.
5. Berikan dukungan psikologis pada pasien
6. Tinjau ulang hasil diagnostik pasien.
7. Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
8. Kolaborasi dengan rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
 | Cicik Yuan |
| 222 | 21.2021.3021.40 | Dinas malamMembantu posisi pasien semifowler. Pasien tampak lebih rileks namun memegangi kepalaMelakukan ROM pada pasien setiap 2 jam. Respon : saat dilakukan ROM pasien mengeluh sakit di kaki bagian kananMembantu pasien miring kanan dan kiri. Respon : pasien mengerang dan bicara tidak jelas.Menganjurkan pasien istirahat. Respon : pasien gelisah dan bicara tidak jelas | Cicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 07.00 | Dinas malamDx.2S: Pasien mengeluh bahwa kaki kanan sudah bisa sedikit digerakkan namun tangan kanan masih belum bisa digerakkan.O:Observasi kekuatan otot 1111 55552222 5555Kelemahan di esktrimitas bagian kanan (hemiparase dextra).Pasien berusaha menggerakan ekstremitas tubuh bagian kananGCS: 4 5 6Pasien tampak tenangA: Masalah teratasi sebagianP:  Intervensi dilanjutkan di ruang pav 7 | Cicik Yuan |
| 3333 | 05.0006.1006.3007.00 | Dinas malamMembantu menyeka pasien. Saat menyeka pasien juga dilakukan miring kanan miring kiri. Respon pasien mengeluh sakit saat kaki kanan ditekukMenganjurkan pasien untuk istirahat dengan cukup. Pasien nampak tenangMenganjurkan keluarga pasien untuk mengajak ngobrol apabila ada jadwal menjenguk. Respon : pasien antusias berkomunikasi dan bicara tidak jelasMelatih pasien bicara. Respon : pasien mengaji dengan cepat namun bicara tidak jelas | Cicik YuanCicik YuanCicik YuanCicik Yuan | 07.00 | Dinas malamDx.3S :  Keluarga mengatakan bahwa bicara pasien belum jelas, namun pasien aktif berkomunikasi.O : Pasien tampak berbicara namun tidak jelas.Pasien nampak antusias berkomunikasiA :  Masalah teratasi sebagianP :  Intervensi dilanjutkan di ruang pav 7 | Cicik Yuan |

**Tabel 3.7 Daftar masalah keperawatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Masalah keperawatan** | **Tanggal** | **Evaluasi sumatif** | **Paraf** |
| **ditemukan** | **teratasi** |
| 1. | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan stroke iskemik. | 28 Januari 2020 | 30 Januari 2020 | S:Pasien mengeluh bahwa pusing di kepala bagian belakang sudah hilang.O:Fungsi kogitif pasien meningkat. pasien mampu mengingat bahwa pasien berada di RSAL Dr. Ramelan surabaya Sakit kepala pasien menurunPasien nampak tenangTanda-tanda vital* 1. TD : 120/80 mmHg
	2. Suhu: 37, ºC
	3. Frekuensi nadi : 90 x/menit
	4. Frekuensi nafas : 20 x/menit
	5. SPO2: 98 %
	6. GCS: 4 5 6

A: Masalah teratasi sebagianP: Intervensi dilanjutkan di ruang pav 7 | Cicik Yuan |
| 2. | Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. | 28 Januari 2020 | 30 Januari 2020 | S: Pasien mengeluh bahwa kaki kanan sudah bisa sedikit digerakkan namun tangan kanan masih belum bisa digerakkan.O:Observasi kekuatan otot1111 55552222 5555Kelemahan di esktrimitas bagian kanan (hemiparase dextra).Pasien tampak tenangTidak terjadi kontraktur sendiTanda-tanda vital :1. TD : 120/80 mmHg
2. Suhu: 37ºC
3. Frekuensi nadi : 80 x/menit
4. Frekuensi nafas : 20 x/menit
5. SPO2: 98 %,GCS: 4 5 6

A: Masalah teratasi sebagianP: Intervensi dilanjutkan di ruang pav 7 | Cicik Yuan |
| 3. | Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan Neuromuskuler. | 28 Januari 2020 | 30 Januari 2020 | S : Keluarga mengatakan bahwa bicara pasien belum jelas, namun pasien aktif berkomunikasi.O : pasien mampu mengkomunikasikan kebutuhan dan keinginan pasien dengan kata kataPasien mampu menyusun kata kataPasien tampak berbicara namun tidak jelas.A : Masalah teratasi sebagianP : Intervensi dilanjutkan di ruang pav 7 | Cicik Yuan |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan gawat darurat pada Tn. A dengan diagnosa medis cva infark di ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi : pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

 **4.1 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 di temukan pada tinjauan kasus stroke infark, pasien bernama Tn. A laki-laki berusia 45 tahun, pada keluhan utama ditemukan bahwa pasien mengalami kelemahan ekstremitas tubuh bagian kanan (tangan dan kaki). Terjadinya kerusakan pada nervus XI, kerusakan akan menyebabkan ketidak mampuan mengangkat ekstrimitas tubuh (tangan dan kaki) bagian kanan. anggota gerak tangan kanan dan kaki kanan tidak bisa digerakan atau lumpuh, hal ini terjadi karena adanya embolic yang menyebabkan aneurisme, kemudian mengakibatkan penyumbatan pada pembuluh darah setelah itu akan terjadi

penurunan sirkulasi darah ke otak dan menyebabkan aliran darah ke otak terganggu. Dari hal itu menyebabkan Lobus parietal yang berfungsi untuk mengatur posisi dan letak bagian tubuh kehilangan fungsi secara akut, akibat penekan dari penyumbatan yang terjadi pada pada saluran darah sehingga sirkulasi darah ke otak mengalami penurunan yang akan mengakibatkan gangguan kelemahan ekstremitas kanan pasien (Pudiastuti, 2011).

Menurut pengamatan penulis apa yang terjadi pada pasien adalah penurunan kualitas otot yang disebabkan penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah ke otak yang mengakibatkan kurangnya suplai darah ke otak. otak kecil untuk mengontrol gerakan kordinasi dan memelihara keseimbagan, dimana otak bagian kiri mengontrol anggota tubuh bagian kanan dan otak kiri mengontrol anggota tubuh bagian kanan (Junaidi, 2011).

Hasil pengkajian yang dilakukan pada paasien diperoleh data riwayat penyakit sekarang. Keluarga pasien mengatakan bahwa pada tanggal 25 Januari 2020 sekitar pukul 15.30 setelah shalat ashar pasien mengeluh kepala pusing, badan lemas, ekstremitas kanan (tangan dan kaki) tidak bisa digerakkan. Kemudian pada pukul 16.00 pasien diantar ke IGD RSPAL Dr.Ramelan Surabaya. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien pernah mengalami serangan stroke yang pertama tahun 2016, serta memiliki riwayat penyakit hipertensi. Hipertensi adalah merupakan faktor resiko stroke yang potensial. Menurut pandangan penulis 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 di bagian ekstrimitas atas dan bawah bagian kanan, kesadaran somnolen , dengan hasil observasi tanda-tanda vital, tekanan darah 130/100 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, suhu 37ºC, frekuensi nafas 20x/menit, GCS E4 V4 M6, SPO2 98%. Hasil pengamatan penulis setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan mengontrol hipertensi dan latihan ROM, keadaan pasien menunjukan keadaan yang membaik.

1. B1 (Breathing)

Jalan nafas pasien bersih, tidak ada sumbatan jalan nafas, tidak ada suara nafas tambahan, gurgling (-), ronkhi (-), wheezing (-), pasien tidak menggunakan otot bantu nafas, pasien menggunakan nasal kanul 3 lpm, bentuk dada pasien normochest, suara nafas vesikuler, pergerakan dada pasien simetris, pasien tidak batuk dan tidak ada sputum, RR = 20x/menit SPO2 98%.

Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronkhi pada pasien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun sehingga didapatkan pada pasien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Tidak didapatkan data gangguan sistem syaraf yang mempengaruhi pernafasan, karena tanda-tanda tersebut terdapat pada pasien yang koma.

1. B2 (Blood)

 Ictus cordis ICS 4-5 mid clavikula sinistra, CRT < 2 detik, irama jantung reguler, tidak terdapat edema, bunyi jantung S1 S2 Tunggal, Akral hangat, tidak ada pembesaran getah kelenjar getah bening, TD: 130/100 mmHg. Pada hasil temuan pada pasien, pasien memiliki riwayat hipertensi yang juga merupakan salah satu penyebab stroke.

d. B3 (Brain)

Hasil data yang di dapat adanya gangguan neuromuskuler Nervus Asesorius ( N.XI) Pasien kesulitan mengangkat lengan dan kaki bagian kanan. Dari tinjauan pustaka Pusing/syncopeteri kepala, kelemahan pada ekstrimitas. Menurut pandangan penulis kesesuaian apa yang telah ada pada tinjauan pustaka dengan yang ada pada pasien sesuai. Pasien mengalami gangguan dibagian yang memepengaruhi nervus XI pengaturan kekuatan otot trapezius dan sternocleidomastoid. Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder dan aksesoris).

e. B4 (Bladder)

 hasil yang didapatkan tidak ada gangguan pada sistem perkemihan, tidak ada distensi dan retensi pada kandung kemih, pasien terpasing folly cateter, tidak ada nyeri tekan, BAK sebelum masuk rumah sakit 4-5 kali/perhari dengan jumlah urine kurang lebih 1600cc/hari, Setelah MRS jumlah urine kurang lebih 1300cc/hari dengan warna urine kuning pekat.

 Setelah stroke pasien mungin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang-kadang kontrol sfingter urinarius eksternal hilang atau berkurang. Dapat disimpulkan pada kasus ini pasien tidak mengalami inkontinensia urin maupun retensi urin, karena tidak ada masalah pada sistem syaraf yang mensyarafi perkemihan

f. B4 (Bowel)

 Bentuk perut normal (datar/flat) simetris, gerakan perut sesuai aktifitas pernafasan, peristaltik usus 16x/menit, tidak ada nyeri abdomen, tidak ada pembesaran hepar, mukosa mulut lembab, mulut nampak tidak bersih, tidak ada gigi palsu, pasien sering tersedak, pasie mengalami gangguan proses menelan. Sebelum masuk rumah sakit, frekuensi makan 3x/hari 1 porsi habis. Pada saat MRS diit makan rendah garam, dengan frekuensi makan 3x/hari habis satu porsi. Eliminasi alvi mrs : 1x/hari, warna kuning, konsitensi lembek. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pasien tidak mengalami gangguan pola defekasi namun pasien mengalami gangguan menelan.

g. B6 (*Bone*)

ROM terbatas pada anggota tubuh bagian kanan, terdapat hemiparase dextra. Kekuatan Otot : 1111 5555

1111 5555

Ekstremitas Atas tangan kiri dapat menggenggam kuat, Tangan kanan 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.

 Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensorik, atau paralisis / hemiplagia, mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat. Dapat disimpulkan kelumpuhan anggota gerak pada pasien di sebabkan oleh adanya gangguan pada sistem syaraf pusat yang mensyarafi sistem motorik.

 Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan keluhan yang dialami pasien karena penulis menghadapi pasien secara langsung kesenjangan lainnnya yaitu tentang diagnosa keperawatan.

**4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan kasus yaitu:

1. Penurunan kapasitas adatif intrakranial berhubungan dengan stroke iskemik.
2. Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan neuomuskular.
3. Gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang pajanan, tidak familier dengan sumber informasi.
5. Resiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan otot menelan dan mengunyah.
6. Gangguan eliminasi alvi (konstipasi) berhubungan dengan imobilisasi, intake cairan yang tidak adekuat.
7. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring.
8. Resiko terjadinya ketidak efektifan bersihan jalan nafas yang berhubungan dengan menurunnya reflek batuk dan menelan, imobilisasi.

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

1. Penurunan kapasitas adatif intrakranial berhubungan dengan stroke iskemik. Sesuai tanda dan gejala secara objektif pada tinjauan kasus seperti keadaan umum pasien lemah, pasien tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan didapatkan hasil CT Scan 25 Januari 2020 subacute to chronic ischemic cerebral infarction di corona radiata kanan dan thalamus kiri. Diagnosa tersebut diangkat karena terdapat pasien dengan stroke dapat mengalami defisit neurologi yang dapat terjadi penurunan kesadaran dan kelemahan anggota gerak secara mendadak dikarenakan terjadi embolik yang menyebabkan aliran darah ke otak tidak efektif menurut (Pudiastuti, 2011). Beberapa tanda dan gejala dari tinjauan kasus yang sesuai dengan teori, yang pada akhirnya akan berfokus pada intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien yang bertujuan untuk mengurangi/menghilangan tanda dan gejala yang diderita oleh pasien.
2. 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 objekstif pasien mengalamai kelemahan ekstremitas tangan dan kaki sebelah kanan. Pada kondisi stroke terjadi penurunan mekanisme aliran darah arteri sehingga otak kekurangan oksigen dan terjadi hipoksia jaringan, kondisi ini menyebabkan iskemia otak, terdapat oedema pada otak serebro sehingga kehilangan kontrol terhadap gerakan motorik yang akan menyebabkan terjadinya gangguan neuromuskuler sehingga terjadi gangguan mobilitas fisik. 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. Jadi antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan.
3. Gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Gangguan komunikasi verbal merupakan penurunan, keterlambatan, atau tidak adanya kemampuan untuk menerima, memproses, menghantarkan, dan menggunakan simbol yang ditandai dengan pasien tidak dapat bicara, kesulitan menyusun kalimat, sulit bicara, pelo, ketidaktepatan verbalisasi. Pada pengkajian menurut (Pudiastuti, 2011) didapatkan disfasia reseptif yaitu pasien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis, disfagia ekspresif yaitu 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.

**4.3 Perencanaan**

 Merumuskan perencanaan dari tinjauan pustaka dan memilih perencanaan yang tepat berdasarkan kondisi pasien. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan mengguanakan sasran dalam intervensinya dengan alasasn penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan mengenai masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku pasien.

 Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasusnyata keadaan pasien secara langsung.Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dantinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data ada kriteria hasil yang di tetapkan.

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan stroke infark. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu mempertahankan tingkat kesadaran, kognitif, dan fungsi motorik atau sensorik. Kriteria hasilnya adalah pasien tidak gelisah, tanda-tanda vital dalam batas normal (TD: 120/80 mmHg, S: 36-37,4ºC, frekuensi nafas: 16-20x/menit, frekuensi nadi: 60-100x/menit, GCS : 456), fungsi kogitif pasien meningkat, sakit kepala pasien menurun). Pada tinjauan pustaka dan kasus untuk melakukan perencanaan ini dilakukan Observasi monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (tekanan darah dalam batas normal (120/80mmHg), pola nafas reguler, kesadaran meningkat (GCS 456), frekuensi nafas 16-20x/menit) dengan tujuan Mengobservasi tanda-tanda vital dan tanda kelainan TIK untuk mengetahui kondisi pasien. memposisikan pasien pada posisi semi fowler dengan tujuan mengobservasi kesadaran dan GCS. menaikan bed pasien 20-30° dengan tujuan mempertahankan kepala/leher pada posisi yang netral. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang pada pasien dengan tujuan untuk memberikan kenyamanan kepada pasien. Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya menjaga ketenangan pasien dengan membatasi pengunjung. Dan kolaborasikan untuk pemberian citicolin 3x500mg.

2. 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.

3. 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.

**4.4** **Pelaksanaan**

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari penrencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat di realisasikan semunya karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan di realisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

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 pasien yang sebenarnya.

Pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan antara lain : adanya kerjasama yang baik antara perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Penurunan Kapasitas Adatif Intrakranial berhubungan dengan thromboembolic. Pada tanggal 28 Januari pukul 07.30 WIB dilakukan pengkajian dan mengobservasi keadaan pasien, didapatkan hasil TD : 130/100 mmHg, frekuensi nadi: 98x/menit, S : 37 C, frekuensi nafas: 20x/menit, GCS 446, kesadaran somnolen, terdapat gangguan di nervus VII yaitu pasien berbicara tidak jelas, pasien bed rest dengan posisi semifowler, MAP 100, keadaan umum lemah. Mengubah tempat tidur pasien lebih tinggi 30 derajat, hasilnya pasien lebih rileks dengan tindakan yang dilakukan. Pada tanggal 28 Januari 2020 pukul 11.00 WIB dilakukan observasi MAP dan dilakukan perubahan posisi pasien elevasi kepala 20 derajat kepala lebih tinggi dan didapatkan MAP 100 mmHg, respon pasien masih merasa pusing. Tanggal 29 januari 2020 pukul 11.30 WIB MAP diobservasi kembali dan dilakukan perubahan posisi elevasi kepala 20 derajat, evaluasi pukul 14.00 WIB MAP 100 mmHg, GCS 446 pasien somnolen. pasien mempertahankan posisi elevasi kepala 20 derajat kepala lebih tinggi dari kaki, hal ini berguna untuk meningkatkan sirkulasi O2 ke otak. Memberikan kolaborasi obat injeksi citicolin melalui iv 3x500mg respon pasien tidak ada alergi pada obat.

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi cerebral dilakukan tindakan Observasi kemampuan bicara pasien dengan cara memanggil nama pasien. Tanggal 28 Januari 2020 pukul 08.45 WIB dilakukan pengkajian serta observasi kemampuan bicara pasien dengan memanggil nama pasien, didapatkan pasien dapat merespon tetapi tidak dapat menjawab, pasien somnolen, jika diulangi beberapa kali pasien hanya menjawab ya. Di intervensikan untuk shift selanjutnya untuk mengajarkan latihan bicara dengan bahasa yang mudah dimengerti. Hal ini untuk melatih kemampuan bicara pasien agar pasien dapat cepat pulih dan bicara pasien jelas tidak pelo. Tanggal 29 Januari 2020 dilakukan tindakan mengajarkan latihan bicara pukul 12.00 WIB didapatkan hasil pasien dapat berbicara dengan kalimat yang singkat. Diintervensikan untuk shift selanjutnya untuk menganjurkan keluarga mengajak bicara dengan bahasa dan jawaban yang mudah dengan pasien sebagai latihan wicara mandiri. Tanggal 30 Januari 2020 pukul 18.15 WIB menganjurkan keluarga mengajak bicara dengan bahasa dan jawaban yang mudah. Didapatkan pasien bisa berkomunikasi dengan keluaga namun bicara tidak jelas. Evaluasi intervensi dilanjutkan, karena masalah gangguan komunikasi verbal pasien belum teratasi.

 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dilakukan tindakan mengobservasi kemampuan mobilitas yang dapat di lakukan latihan gerak ROM pada anggota tubuh yang sakit. Hal ini agar pasien mendapatkan terapi yang tepat untuk mempercepat pemulihan kesehatan agar pasien dapat kembali beraktivitas. Tanggal 28 Januari 2020 pukul 12.00 WIB dilakukan tindakan mengobservasi kemampuan ROM pasien didapatkan pasien lemah tidak dapat menggerakkan kaki bagian kanan. Di intervensikan untuk shift selanjutnya untuk melatih ROM pada anggota kaki yang sakit. Tanggal 29 Januari 2020 pukul 13.00 WIB dilakukan tindakan Melatih ROM pasif pada kaki kanan (mencoba menggerakkan kaki sedikit demi sedikit) didapatkan hasil pasien belum dapat menggerakkan kaki kanan sehingga intervensi dilajutkan di pertemuan shift berikutnya. Tanggal 30 Januari 2020 pukul 12.10 WIB dilakukan dilakukan tindakan Melatih ROM pasif pada kaki kanan (mencoba menggerakkan kaki sedikit demi sedikit) didapatkan hasil pasien dapat menggerakkan kaki kanan sedikit-sedikit sehingga intervensi dilajutkan dan masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian.

Pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan karena pasien dan keluarga dapat bekerja sama dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan dengan baik.

**4.5 Evaluasi**

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

Hasil evaluasi diagnosa satu, penurunan kapasitas adaptif intrakranial yang berhubungan dengan stroke infark. Kriteria hasil dalam perencanaan adalah pasien tidak gelisah, pasien tidak mengeluh nyeri kepala, pasien tidak mual-mual dan muntah, GCS 4 5 6 tidak terdapat papiledema, Tanda-tanda vital dalam batas normal. Masalah teratasi sebagian dibuktikan dengan pasien tidak gelisah, Tensi 120/100 mmHg, suhu 37 ºC, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, SPO2 98%, GCS 456, intervensi dilanjutkan di ruang Paviliun 7.

Evaluasi hasil diagnosa ke dua, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. kriteria hasil dalam perencanaan adalah pasien dapat mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terganggu dan mengkompensasinya dan tidak terjadi kontraktur sendi. Masalah teratasi, ditandai dengan kekuatan otot ekstrimitas atas dan ekstrimitas bawah meningkat, tidak terjadi kontraktur sendi.

kekuatan otot pasien: 1111 5555

 2222 5555

Pada diagnosa kedua masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan di ruang Paviliun 7

Evaluasi pada diagnosa ke tiga, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. intervensi yang dilakukan antara lain memantau dan mencatat perubahan pola bicara atau tingkat orientasi pasien karena perubahan dapat mengindikasikan peningkatan atau penurunan kondisi, mengajarkan pasien tekhnik memperbaiki cara pengucapan kata untuk membantu pemahaman pasien, melatih gerakan otot wajah pasien dengan mengucapkan huruf vokal ( A I U E O) untuk membantu memperbaiki otot wajah yang mengalami kekakuan. Dalam mengatasi hal ini dapat dilakukan semua karena pasien kooperatif dalam pemberian tindakan dan peran serta perawat dan tim kesehatan untuk meningkatkan kesehatan pasien. Pada diagnosa ke tiga masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan di ruang Paviliun 7.

 Pada akhir evaluasi diagnosa satu penurunan kapasitas adaptif intrakranial yang berhubungan dengan stroke infark masalah teratasi sebagian, diagnosa dua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular masalah dapat teratasi sebagian, dan diagnosa tiga gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler maslah dapat teratasi sebagian.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus stroke infark di ruang Stroke Unit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan dengan diagnosis stroke infark.

* 1. **Simpulan**

Dari hasil yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa stroke infark, maka penulis dapat membuat kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian pada Tn. A dengan diagnosa stroke infark dilakukan persistem dimulai dari B1 (breathing) sampai dengan B6 (bone). Dari hasil CT Scan subacute to chronic ischemic cerebral infarction di corona radiata kanan dan thalamus kiri didapatkan diagnosa penurunan kapasitas adaptif intrakranial yang berhubungan stroke infark. Dari pengkajian bone & integumen terdapat kelemahan / kelumpuhan pada ekstrimitas sebelah kanan sehingga didapatkan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Serta didapatkan diagnosa keperawatan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.
2. Diagnosis yang dapat di rumuskan berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan pada Tn.A meliputi meliputi penurunan kapasitas adaptif

intrakranial, hambatan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, defisit perawatan diri, resiko aspirasi, resiko konfusi akut, dan resiko jatuh.

1. Perencanaan diagnosis keperawatan pada pasien yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu meningkatkan fungsi bagain tubuh yang terganggu atau terpengaruh, mempertahankan posisi fungsi yang optimal, dan mampu mempertahankan integritas kulit. gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Pasien mampu melaksanankan aktivitas fisik fisik sesuai dengan kemampuannya. Gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu mengucapkan kata atau berbicara dalam kalimat dengan kriteria hasil pasien mampu pasien mampu mengkomunikasikan kebutuhan dan keinginannya kepada perawat dan juga keluarga, pasien dapat mempertahankan tingkat komunikasi yang efektif , pasien dapat menjawab pertanyaan langsung dengan benar.
2. Evaluasi dan analisis tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial teratasi, gangguan mobilitas fisik belum teratasi sepenuhnya, gangguan komunikasi verbal belum teratasi sepenuhnya.
3. Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan dalam tertulis yang diletakan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangan pada Tn. A.

**5.2 Saran**

Bertolak dari kesimpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Rumah sakit hendaknya lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan dengan diagnosis stroke infark. Perawat hendaknya melakukan observasi secara teliti pada keadaan umum dan keluhan pasien terutama pasien dengan stroke infark.
2. Institusi pendidikan hendaknya meningkatkan mutu pendidikan dan menambah literature untuk kelengkapan perkuliahan terutama literature tentang diagnosa stroke infark.
3. Mahasiswa hendaknya lebih meningkatkan kompetensi dan wawasan tentang penatalaksanaan pada diagnosa stroke infark.

**DAFTAR PUSTAKA**

Goldszmidt, A. J. (2011). *Esensial Stroke*. EGC.

Junaidi, I. (2011). Stroke Waspadai Ancamannya. In *Yogyakarta: Penerbit Andi*. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.383

PPNI, T. P. S. D. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diasnotik* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Pudiastuti, at all. (2011). Penyakit Pemicu Stroke Dilengkapi Dengan Posyandu Lansia Dan Posbindu. In *Nuha Medika*.

**Lampiran**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MEMANDIKAN PASIEN BEDREST**

**Pengertian**

Membersihkan tubuh pasien dengan air bersih dan sabun

**Tujuan**

1.  Membersihkan kulit dan menghilangkan bau badan

2.  Melaksanakan kebersihan perorangan

3.  Memberikan rasa nyaman

**Kebijakan**

Pasien yang memerlukan bantuan mandi di tempat tidur

**Peralatan**

1.  Pakaian bersih 1 stel

2.  Baskom mandi 2 buah

3.  Air panas dan dingin

4.  Waslap 2 buah

5.  Perlak dan handuk kecil 1 buah

6.  Handuk besar 2 buah

7.  Selimut mandi/kain penutup

8.  Celemek plastic

9.  Tempat tertutup untuk pakaian kotor

10. Sabun mandi

11. Bedak

12. Sarung tangan bersih

13. Pispot/urinal dan pengalas

14. Botol cebok

**Prosedur pelaksanaan**

**A.  Tahap Pra Interaksi**

1.  Melakukan verifikasi program pengobatan klien

2.  Mencuci tangan

3.  Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar

**B.  Tahap Orientasi**

1.  Memberikan salam sebagai pendekatan therapeutic

2.  Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien/keluarga

3.  Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan

**C.  Tahap Kerja**

1.  Menjaga privacy

2.  Mencuci tangan

3.  Mengganti selimut klien dengan selimut mandi

4.  Melepas pakaian atas klien

5. Membasuh Muka

1. Membentangkan perlak kecil dan handuk kecil di bawah kepala
2. Menawarkan pasien menggunakan sabun atau tidak
3. Membersihkan muka, telinga dengan waslap lembab lali di keringkan
4. Menggulung perlak dan handuk

6. Membasuh Lengan

1. Menurunkan selimut mandi kebagian perut klien
2. Memasang handuk besar diatas dada kliensecara melintang dan kedua tangan klien diletakkan diatas handuk
3. Membasahi tangan klien dengan waslap air bersih, disabun, kemudian dibilas dengan air hangat (lakukan mulai dari ekstremitas terjauh klien)

7. Membasuh Dada Dan Perut

1. Melepas pakaian bawah klien dan menurunkan selimut hingga perut bagian bawah, kedua tangan diletakkan diatas bagian kepala, membentangkan handuk pada sisi klien
2. Membasuh ketiak dan dada serta perut dengan waslap basah, disabun, kemudian dibilas dengan air hangat dan dikeringkan, kemudian menutup dengan handuk

8. Membasuh Punggung

1. Memiringkan pasien kearah perawat
2. Membentangkan handuk di belakang punggung hingga bokong
3. Membasahi punggung hingga bokong dengan waslap, disabun, kemudian dibilas dengan air hangat dan dikeringkan
4. Memberi bedak pada punggung
5. Mengembalikan ke posisi terlentang, kemudian membantu pasien mengenakan pakaian

9. Membasuh Kaki

1. Mengeluarkan kaki pasien dari selimut mandi dengan benar
2. Membentangkan handuk dibawah kaki tersebut, menekuk lutut
3. Membasahi kaki mulai dari pergelangan sampai pangkal paha, disabun, dibilas dengan air bersih, kemudian dikeringkan
4. Melakukan tindakan yang sama untuk kaki yang lain

10. Membasuh Daerah Lipat Paha Dan Genital

1. Membentangkan handuk dibawah bokong, kemudian selimut mandi bagian bawah dibuka
2. Membasahi daerah lipat paha dan genital dengan air, disabun, dibilas, kemudian dikeringkan
3. Mengangkat handuk, membantu mengenakan pakaian bawah klien
4. Merapikan klien, ganti selimut mandi dengan selimut tidur

**D.  Tahap Terminasi**

1.  Mengevaluasi hasil tindakan

2.  Berpamitan dengan pasien

3.  Membereskan dan kembalikan alat ke tempat semula

4.  Mencuci tangan

5.  Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

Sumber : Azis Alimul Hidayat, Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia