

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.J DENGAN DIAGNOSA
MEDIS CVA (*CEREBRO VASCULAR ACCIDENT*) INFARK
DI RUANG KRISSAN RSUD BANGIL PASURUAN**



OLEH :

DYAH FITRI ANGGRAHENI

NIM 1701012

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2020**

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.J DENGAN DIAGNOSA MEDIS CVA (*CEREBRO VASCULAR ACCIDENT*) INFARK DI RUANG KRISSAN RSUD BANGIL PASURUAN

**Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar
Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo**



OLEH :

DYAH FITRI ANGGRAHENI

NIM 1701012

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO**

2020

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dyah Fitri Anggraheni
NIM : 1701012
Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 22 Januari 1998
Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah berjudul : **“Asuhan Keperawatan Pada Tn.J Dengan Diagnosa Medis CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Infark Di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan.”**

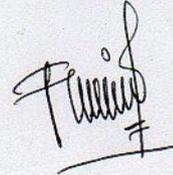
adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Sidoarjo, 09 Juni 2020

Yang Menyatakan,

Mahasiswa

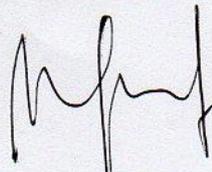


DYAH FITRI ANGGRAHENI

NIM 1701012

Mengetahui,

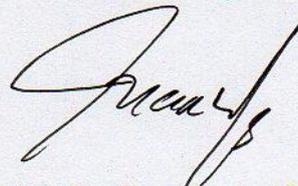
Pembimbing 1



Ns. Meli Diana, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0724098402

Pembimbing 2



Ns. Marlita Dewi Lestari, M.Kes

NIDN. 0709038302

LEMBAR PERSETUJUAN

Nama : Dyah Fitri Anggraheni

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. J Dengan Diagnosa Medis CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Infark di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan.

Telah disetujui untuk diajukan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada

Tanggal : 09 Juni 2020

Oleh

Pembimbing 1

Ns. Meli Diana, S.Kep., M.Kes
NIDN. 0724098402

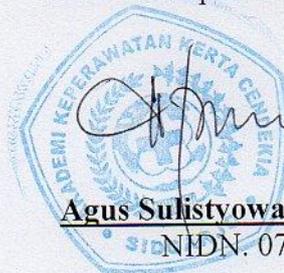
Pembimbing 2

Ns. Marlita Dewi Lestari, M.Kes
NIDN. 0709038302

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes
NIDN. 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada sidang di program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal : 09 Juni 2020

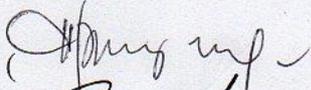
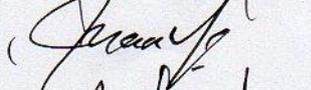
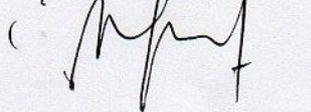
TIM PENGUJI

Tanda Tangan

Ketua : Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

Anggota : 1. Ns. Marlita Dewi Lestari, M.Kes

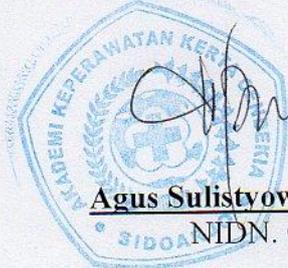
2. Ns. Meli Diana, S.Kep., M.Kes

())
())
())

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia


Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes
NIDN. 0703087801

MOTTO

There is no limit of struggling,

Do the best and pray. God will take care of the rest.

*Better to feel how hard education is at this time rather than feel
the bitterness of stupidity, later.*

*(tidak ada batasan dari perjuangan, lakukan yang terbaik
kemudian berdo'a lah. Tuhan yang akan mengurus sisanya, lebih
baik merasakan sulitnya pendidikan sekarang daripada rasa
pahitnya kebodohan kelak)*

*Learn form the mistakes in the past, try by using a different way,
and always hope for a successful future*

*(belajarlal dari kesalahan di masa lalu, mencoba dengan cara
yang berbeda, dan selalu berharap untuk sebuah kesuksesan di
masa depan)*

PERSEMBAHAN

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini memerlukan bantuan dari berbagai pihak. Maka untuk itu Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya bagi kita semua
2. Teruntuk Ibuku tercinta Asmiati dan Ayahku tercinta Bambang Edi Suprianto, serta kakak ku tersayang Wahyu Yuliatmoko aku tidak akan pernah lupa semua pengorbanan dan jerih payah yang engkau berikan untukku agar dapat menggapai cita-cita dan semangat serta do'a yang kau lantunkan untukku sehingga aku bisa sampai sekarang ini. Semoga kelak aku bisa menjadi orang sukses dan bisa membahagiakanmu, terima kasih ayah ibu untuk semuanya.
3. Kepada Dosen pembimbing karya tulis ilmiah ini Ns. Meli Diana, S.Kep., M.Kes dan Ns. Marlita Dewi Lestari, M.Kes yang selalu memberikan motivasi untukku, selalu peduli dan perhatian, ucapan terima kasih yang tak terhingga atas ilmu yang sangat bermanfaat bagiku
4. Teruntuk Umi Salamah Wijayanti S.Ag dan Rochma Aulia, terima kasih selama ini sudah menjadi teman, sahabat, sekaligus orang yang sangat mendukungku. Serta menjadi sumber inspirasi dan motivasi untukku menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Sahabat-sahabatku seperjuangan yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, terima kasih atas gelak tawa dan solidaritas yang luar biasa sehingga membuat hari-hari semasa kuliah lebih berarti.
6. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan karya tulis ilmiah yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayat hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. J Dengan Diagnosa Medis CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Infark di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan”** ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Tuhan yang Maha Esa yang senantiasa memberikan rahmat-Nya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini selesai dengan baik.
2. Orang tua tercinta yang selalu mendukung dan mendoakan sehingga semua bisa berjalan lancar.
3. Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
4. Ns. Meli Diana, S.Kep., M.Kes selaku pembimbing 1 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Marlita Dewi Lestari, M.Kes selaku pembimbing 2 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
6. Para responden keluarga Klien.

7. Hj. Muniroh Mursan, Lc selaku petugas perpustakaan yang telah membantu dalam kelengkapan literatur yang dibutuhkan.
8. Pihak – pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi para pembaca bagi keperawatan.

Sidoarjo, 09 Juni 2020

Penulis

Dyah Fitri Anggraheni
NIM. 1701012

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Halaman Judul.....	ii
Surat Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan	v
Motto	vi
Persembahan	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar.....	xiv
Daftar Lampiran	xv
Bab 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Metode Penelitian	6
1.5.1 Metode	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data	6
1.5.3 Sumber Data	6
1.5.4 Studi Kepustakaan	7
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Faktor Resiko.....	10
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	11
2.1.5 Patofisiologi.....	12
2.1.6 Diagnosa Banding	14
2.1.7 Komplikasi	14
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	15
2.1.9 Pencegahan	16
2.1.10 Penatalaksanaan.....	17
2.1.11 Dampak Masalah	18
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	18
2.2.1 Pengkajian	18
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	22
2.2.3 Perencanaan	23
2.2.4 Pelaksanaan	37
2.2.5 Evaluasi	38
2.3 Kerangka Masalah.....	39

BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	40
3.1 Pengkajian	40
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	48
3.3 Analisa Data	48
3.4 Intervensi Keperawatan.....	50
3.5 Implementasi Keperawatan	52
3.6 Catatan Perkembangan.....	58
3.7 Evaluasi Keperawatan.....	61
BAB 4 PEMBAHASAN	63
4.1 Pengkajian Keperawatan	63
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	73
4.3 Intervensi Keperawatan.....	74
4.4 Implementasi Keperawatan	75
4.5 Evaluasi Kperawatan.....	77
BAB 5 PENUTUP.....	78
5.1 Kesimpulan	78
5.2 Saran.....	79
DAFTAR PUSTAKA	80
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

No Tabel	Judul Tabel	Hal
Tabel 2.1	Perencanaan gangguan persepsi sensori berhubungan dengan transmisi integrasi (trauma neurologis atau defisit).....	24
Tabel 2.2	Perencanaan hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot fasial/oral	25
Tabel 2.3	Perencanaan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemipresis, kehilangan keseimbangan dan koordinasi,spastisitas dan cedera otak	28
Tabel 2.4	Perencanaan defisit perawatan diri eliminasi berhubungan dengan gejala sisa CVA.....	29
Tabel 2.5	Perencanaan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi nervus hipoglossus	30
Tabel 2.6	Perencanaan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekresi secret dan ketidakmampuan batuk efektif sekunder.....	32
Tabel 2.7	Perencanaan perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak (arterosklerosis,embolisme).....	33
Tabel 2.8	Perencanaan resiko jatuh berhubungan dengan perubahan ketajaman penglihatan	35
Tabel 2.9	Perencanaan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi yang diterima pasien tentang penyakit yang dialami oleh pasien	36
Tabe 3.1	Hasil laboratorium.....	46
Tabel 3.2.1	Analisa Data pada TN.J dengan diagnosa medis CVA (<i>Cerebro Vascular Accident</i>) Infark di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan	48
Tabel 3.3	Intervensi Keperawatan Pada Tn.J dengan diagnosa medis CVA (<i>Cerebro Vascular Accident</i>) Infark di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan	50

Tabel 3.4	Implementasi Keperawatan Pada Tn.J dengan diagnosa medis CVA (<i>Cerebro Vascular Accident</i>) Infark di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan	52
Tabel 3.5	Catatan Perkembangan Pada Tn.J dengan diagnosa medis CVA (<i>Cerebro Vascular Accident</i>) Infark di ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan.....	58
Tabel 3.5.2	Evaluasi Keperawatan pada Tn.J dengan diagnosa medis CVA (<i>Cerebro Vascular Accident</i>) Infark di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan	61

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul Gambar	Hal
Gambar 2.3	Kerangka Masalah	39
Gambar 3.1	Genogram	42

DAFTAR LAMPIRAN

No.Lampiran	Judul Lampiran	Hal
Lampiran 1	Surat Ijin Pengambilan Studi Kasus	
Lampiran 2	Lembar <i>Inform Consent</i>	82

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cerebro Vaskular Accident (CVA) merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja dengan gejala-gejala berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian (Muttaqin, 2008). Pada keadaan tersebut suplai oksigen ke otak terganggu sehingga mempengaruhi kinerja saraf di otak. Hal ini dapat menyebabkan berbagai masalah diantaranya penurunan kesadaran dan kelemahan otot. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dapat menyebabkan penurunan kesadaran pada penderita CVA (*Cerebro Vaskular Accident*). Penanganan dan perawatan yang tepat pada pasien CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) diharapkan dapat menekan serendah-rendahnya dampak negatif yang ditimbulkan (Hartikasari, 2015). Seseorang dapat menderita CVA karena dalam kehidupan sehari-harinya memiliki perilaku yang dapat meningkatkan faktor resiko terjadinya CVA. Gaya hidup yang sering menjadi penyebab berbagai penyakit menyerang usia produktif, karena generasi muda sering menerapkan pola makan yang tidak sehat. Masyarakat umum beranggapan bahwa CVA hanya bisa terjadi pada lansia yang memiliki riwayat penyakit darah tinggi saja, tidak mungkin terjadi pada orang dewasa, sehingga hanya lansia yang memiliki riwayat penyakit darah tinggi saja yang perlu waspada terhadap serangan CVA (Wulan, 2011). Biasanya penderita CVA di

masyarakat hanya dibiarkan tidur saja tanpa ada gerakan apapun karena penderita mengalami kelumpuhan, sehingga penderita akan mengalami atrofi otot karena tidak adanya pergerakan dalam waktu lama.

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015, kasus stroke diseluruh dunia diperkirakan mencapai 50 juta jiwa, dan 9 juta diantaranya menderita kecacatan berat yang lebih memprihatinkan lagi, 10% diantaranya yang terserang stroke mengalami kematian (Fitriani, 2017). Di Amerika Serikat hampir 700.000 orang mengalami stroke, dan hampir 150.000 berakhir dengan kematian, di Amerika Serikat tercatat hampir setiap 45 detik terjadi kasus stroke, dan setiap detik terjadi kematian akibat stroke (Medikastore, 2013). Berdasarkan hasil laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2013 di Indonesia stroke menjadi urutan yang paling utama, dengan menunjukkan bahwa prevalansi stroke di Indonesia sebesar 6% atau per 8,3% per 1000 penduduk dan yang telah di diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah per 1000. Sedangkan di Jawa Timur prevalansi stroke masih cukup tinggi yaitu sebesar 0,8% (Badan penelitian dan pengembangan kesehatan, 2013). Dalam bulan Januari sampai Desember 2017 yang menderita CVA infark di RSUD bangil sebanyak 82 pederita (Rekam medis RSUD Bangil, 2018).

CVA iskemik dapat berdampak pada berbagai fungsi tubuh, diantaranya adalah defisit motorik berupa hemiparase. CVA merupakan masalah kesehatan utama di masyarakat. Kondisi abnormal pembuluh darah otak, yang dikarakteristikan oleh pembentukan embolus atau trombus yang menyumbat arteri, mengakibatkan iskemik jaringan otak yang pada kondisi

normal diperdarahi oleh pembuluh darah tersebut (Maria dkk, 2011). Manifestasi klinis penyakit CVA diantaranya adalah kehilangan fungsi motorik, kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif, dan efek psikologi dan disfungsi kemih (Smeltzer & Bare, 2010). Defisit kemampuan jangka panjang yang paling umum terjadi karena CVA adalah hemiparase atau hemiplagi, yang akhirnya akan mengakibatkan pasien mengalami komplikasi. Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien CVA diantaranya adalah pembuluh trombus yang dapat mengakibatkan *Deep Vein Thrombosis* (DVT): atrofi otot, jatuh, penurunan fleksibilitas sendi yang dapat mengakibatkan terjadinya kontraktur dan nyeri sendi. Komplikasi tersebut tidak hanya membatasi pasien untuk mandiri dalam melakukan *Activity Daily Lives* (ADL), namun juga meningkatkan ketergantungan pasien pada keluarga dan memiliki dampak ekonomi (Maria dkk, 2011).

Salah satu upaya pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan menjalankan perilaku hidup sehat sejak dini, pengendalian faktor-faktor resiko secara optimal harus dijalankan dengan diet rendah lemak (Wardahana, 2011). Perawat dapat memberikan penyuluhan tentang bahaya CVA dan membentuk strategi penanggulangan CVA di masyarakat yang mencakup sistem pengobatan dan pemulihan (Dwidjo, 2015). Pada pasien yang dirawat dengan CVA, perawat memberikan terapi ROM dan membantu pasien dalam melakukan mobilisasi diatas tempat tidur untuk mencegah dekubitus dan membantu dalam personal hygiene. Tindakan rehabilitasi pada pasien antara lain: menganjurkan berkolaborasi dengan fisioterapi untuk memberikan terapi wicara, terapi berjalan.

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 “Bagaimana asuhan keperawatan pada Tn.J dengan diagnosa CVA infark di ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa CVA infark di ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengkaji Tn.J dengan diagnosa CVA Infark di ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn.J dengan diagnosa CVA Infark di ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2.3 Merencanakan asuhan keperawatan pada Tn.J dengan diagnosa CVA Infark di ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2.4 Melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn.J dengan diagnosa CVA Infark di ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2.5 Mengevaluasi Tn.J dengan diagnosa CVA Infark di ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan diagnosa CVA Infark di ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan

1.4 Manfaat

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

1.4.1 Akademis

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien CVA Infark.

1.4.2 Secara Praktis

Tugas akhir ini bermanfaat bagi:

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien dengan CVA Infark dengan baik.

1.4.2.2 Bagi peneliti

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

1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan

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

1.5 Metode Penelitian

1.5.1 Metode

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 studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Teknik pengumpulan data

1.5.2.1 Wawancara

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

1.5.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan kepada klien

1.5.2.3 Pemeriksaan

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

1.5.3 Sumber Data

1.5.3.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien

1.5.3.2 Data Sekunder

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

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

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

1.6.1 Bagian awal

Membuat halaman judul, pembimbing, pengesahan, motto dan pembahasan, kata pengantar, daftar isi

1.6.2 Bagian Inti

Bagian inti, terdiri dari tiga bab, yang masing-masing terdiri dari sub bab berikut ini:

1.6.2.1 Bab 1: Pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, sistematika penulisan studi kasus.

1.6.2.2 Bab 2: Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa CVA serta kerangka masalah

1.6.2.3 Bab 3: Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

1.6.2.4 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. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit CVA dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep penyakit

2.1.1 Definisi

CVA (*Cerebri Vascular Accident*) merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja dengan gejala-gejala berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat dan bentuk-bentuk kecacatan lain hingga menyebabkan kematian (Muttaqin, 2008).

CVA Infark adalah kematian pada otak yang biasanya timbul setelah beraktifitas fisik atau karena psikologis disebabkan oleh trombus maupun emboli pada pembuluh darah di otak (Fransisca, 2008).

2.1.2 Etiologi

Ada beberapa penyebab CVA Infark (Muttaqin, 2008), yaitu:

2.1.2.1 Trombosis Serebri

Terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah. Trombosis serebri ini disebabkan karena adanya:

- 1) Arterosklerosis: mengerasnya atau berkurangnya kelenturan dan elastisitas dinding pembuluh darah.
- 2) Hiperkoagulasi: darah yang bertambah kental yang akan menyebabkan viskositas atau hematokrit meningkat sehingga dapat melambatkan aliran darah serebral.
- 3) Arteritis: radang pada arteri

2.1.2.2 Emboli serebri

Dapat terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Biasanya emboli berasal dari trombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebri.

Keadaan-keadaan yang dapat menimbulkan emboli:

- 1) Penyakit jantung reumatik.
- 2) Infark miokardium.
- 3) Fibrilasi dan keadaan aritmia: dapat membentuk gumpalan-gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emboli serebri.
- 4) Endokarditis: menyebabkan gangguan pada endokardium.

2.1.3 Faktor resiko

Beberapa faktor penyebab CVA Infark (Muttaqin, 2008), yaitu:

2.1.3.1 Hipertensi

Merupakan faktor resiko utama. Hipertensi dapat disebabkan arterosklerosis pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah tersebut mengalami penebalan dan degenerasi yang kemudian pecah/menimbulkan pendarahan.

2.1.3.2 Penyakit Kardiovaskuler

Pada fibrilasi atrium menyebabkan penurunan CO, sehingga perfusi darah ke otak menurun, maka otak akan kekurangan oksigen yang akhirnya dapat terjadi CVA. Pada arterosklerosis elastisitas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi ke otak menurun juga pada akhirnya terjadi CVA.

2.1.3.3 Peningkatan Kolesterol

Peningkatan kolesterol tubuh dapat menyebabkan arterosklerosis dan terbentuknya emboli lemak sehingga aliran darah lambat masuk ke otak, maka perfusi otak menurun.

2.1.3.4 Obesitas

Pada obesitas kadar kolesterol tinggi. Selain itu dapat mengalami hipertensi karena terjadi gangguan pada pembuluh darah. Keadaan ini berkontribusi pada stroke.

2.1.3.5 Diabetes Mellitus

Pada penyakit DM akan mengalami penyakit vaskuler, sehingga terjadi mikrovaskularisasi dan terjadi arterosklerosis, terjadinya

arterosklerosis dapat menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, iskemia menyebabkan perfusi otak menurun dan pada akhirnya terjadi CVA.

2.1.3.6 Merokok

Pada perokok akan timbul plak pada pembuluh darah oleh nikotin sehingga memungkinkan penumpukan arterosklerosis dan kemudian berakibat pada CVA.

2.1.3.7 Alkoholik

Pada alkoholik dapat menyebabkan hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga terjadi emboli serebral.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis CVA Infark menurut (Pujianto, 2008), CVA dapat menyebabkan berbagai defisit neurologi, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesoris).

Tanda dan gejala ini muncul pada penderita CVA antara lain:

2.1.4.1 Kehilangan Motorik:

Hemiplegi (paralisis pada satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan, hemiparalisis atau kelemahan salah satu sisi tubuh.

2.1.4.2 Kehilangan Komunikasi:

Disartia (kesulitan bicara), disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya).

2.1.4.3 Gangguan Persepsi:

Disfungsi persepsi visual, gangguan hubungan visual spasial, kehilangan sensori.

2.1.4.4 Kerusakan Fungsi Kognitif dan Afek Psikologis.

2.1.4.5 Disfungsi Kandung Kemih

2.1.5 Patofisiologi

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan local (thrombus, emboli, perdarahan, dan spasme vascular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Arterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Thrombus dapat berasal dari plak arterosklerotik, atau darah dapat beku pada area stenosis, tempat aliran darah mengalami perlambatan atau terjadi turbulensi.

Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Thrombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang di suplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari pada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus

menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septic infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur. Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intra serebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian dibandingkan keseluruhan penyakit serebrovaskular, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intracranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum. Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nucleus kaudatus, thalamus, dan pons. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversible untuk waktu 4-6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung. Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relative banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intracranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area yang terkena

tekanan intracranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi (Muttaqin, 2008).

2.1.6 Diagnosa Banding

2.1.6.1 Ensefalopati

2.1.6.2 Epilepsi

2.1.6.3 Migrain

2.1.6.4 Tumor otak

2.1.6.5 Abses otak

(Jessy Londok, 2011)

2.1.7 Komplikasi

Ada beberapa komplikasi CVA Infark (Muttaqin, 2008)

2.1.7.1 Fungsi Mobilisasi:

- 1) Infeksi pernafasan (pneumoni)
- 2) Nyeri tekan pada dekubitus
- 3) Konstipasi

2.1.7.2 Dalam Hal Paralisis:

- 1) Nyeri pada punggung
- 2) Dislokasi sendi, deformitas

2.1.7.3 Pada Kerusakan Otak:

- 1) Epilepsy
- 2) Sakit kepala

2.1.7.4 Hipoksia Serebral

2.1.7.5 Hermiasi Otak

2.1.7.6 Kontraktur

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Arif Muttaqin (2008), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan ialah sebagai berikut:

2.1.8.1 Angio Serebri

Membantu menentukan penyebab dari CVA secara spesifik seperti pendarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler.

2.1.8.2 CT Scan

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

2.1.8.3 MRI

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

2.1.8.4 USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

2.1.8.5 EEG

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

2.1.8.6 Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Lumbal pungsi: pemeriksaan likuor merah biasanya di jumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokhrom) sewaktu hari-hari pertama.
- 2) Pemeriksaan darah rutin
- 3) Pemeriksaan kimia darah: pada CVA akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.
- 4) Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri

2.1.9 Pencegahan

Pencegahan primer dapat dilakukan dengan menghindari rokok, alkohol, kegemukan dan konsumsi garam berlebih. Mengurangi kolesterol dan lemak dalam makanan. Perbanyak konsumsi gizi seimbang dan olahraga teratur (Yudy Hardiyansah, 2012).

Pencegahan sekunder dengan cara memodifikasi gaya hidup yang berisiko seperti hipertensi dengan diet dan obat antihipertensi, diabetes mellitus dengan diet dan obat hipoglikemik oral atau insulin, penyakit jantung dengan antikoagulan oral, dyslipidemia dengan diet rendah lemak

dan obat antidislipidemia, berhenti merokok, hindari kegemukan dan kurang gerak (Yudy Hardiyansah, 2012).

2.1.10 Penatalaksanaan

Ada beberapa penatalaksanaan pada pasien dengan CVA Infark (Muttaqin, 2008):

2.1.10.1 Untuk mengobati keadaan akut, berusaha menstabilkan TTV:

- 1) Mempertahankan saluran nafas yang paten
- 2) Kontrol tekanan darah
- 3) Merawat kandung kemih, tidak memakai kateter
- 4) Posisi yang tepat, posisi diubah tiap 2jam, latihan gerak pasif

2.1.10.2 Terapi Konservatif

- 1) Vasodilator untuk meningkatkan aliran serebral
- 2) Anti agregasi trombolis: aspirin untuk menghambat reaksi pelepasan agregasi thrombosis yang terjadi sesudah userasi alteroma
- 3) Anti koagulan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombosis atau embolisasi dari tempat lain ke sistem kardiovaskuler
- 4) Menghindari batuk dan mencejan
- 5) Berikan posisi terlentang

2.1.11 Dampak Masalah

Dampak yang timbul pada klien yaitu seperti ketakutan atau kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah sehingga mengubah gaya hidup individu. Selain itu juga berdampak pada status ekonomi klien karena biaya perawatan dan pengobatan memerlukan dana yang tidak sedikit (Muttaqin, 2008).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar bagi seorang perawat dalam melakukan pendekatan secara sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisa, sehingga dapat diketahui kebutuhan klien tersebut. Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu menentukan status kesehatan dan pola pertahanan klien serta memudahkan dalam perumusan diagnosa keperawatan (Doengoes dkk, 2012).

Pengkajian pada klien CVA Infark menurut Muttaqin (2008), yaitu:

2.2.1.1 Pengumpulan Data

1) Identitas

Meliputi: umur (dari berbagai penelitian, diketahui bahwa usia semakin tua semakin besar pula resiko terkena stroke. Hal ini berkaitan dengan proses degenerasi/penuaan yang terjadi secara alamiah. Pada orang-orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena adanya plak), jenis kelamin (laki-laki memiliki resiko lebih besar untuk terkena stroke

dibandingkan dengan perempuan. Hal ini mungkin terkait bahwa laki-laki cenderung merokok. Rokok dapat merusak lapisan dari pembuluh darah tubuh), pekerjaan (misalnya pekerjaan dengan tingkat stress yang tinggi dan membutuhkan tenaga ekstra khususnya pikiran), agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosa medis.

2) Keluhan Utama

Kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan kesadaran pasien.

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Kronologis peristiwa CVA Infark sering setelah melakukan aktifitas tiba-tiba terjadi keluhan neurologis misal: sakit kepala hebat, penurunan kesadaran seperti koma.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Perlu dikaji apakah pasien pernah menderita penyakit DM, CVA, Hipertensi, Kelainan jantung, Pernah TIA, Policitemia karena hal ini berhubungan dengan penurunan kualitas pembuluh darah.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Adanya riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus, atau adanya riwayat CVA pada generasi terdahulu.

6) Pemeriksaan Fisik

(1) Sistem Pernafasan (B1/*Breathing*)

Batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, serta perubahan kecepatan dan kedalaman pernafasan. Adanya ronchi akibat peningkatan produksi secret dan penurunan

kesadaran klien. Pada klien yang sadar baik sering kali tidak didapati kelainan pada pemeriksaan sistem respirasi.

(2) Sistem Peredaran Darah (B2/*Blood*)

Dapat terjadi hipotensi atau hipertensi, denyut jantung irreguler, adanya murmur.

(3) Sistem Persyarafan (B3/*Brain*)

Tingkat kesadaran: bisa sadar baik sampai terjadi koma. Penilaian GCS untuk menilai tingkat kesadaran klien. Reflek Patologis: Reflek babinski positif menunjukkan adanya perdarahan di otak/perdarahan intraserebri dan untuk membedakan jenis CVA yang ada apakah bleeding atau infark.

Pemeriksaan saraf kranial

Saraf 1: biasanya pada klien dengan CVA tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

Saraf 11: disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensorik primer diantara sudut mata dan kortek visual. Gangguan hubungan visual-spasial sering terlihat pada klien dengan hemiplegi kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

Saraf 111, 1V, dan V1 apabila akibat CVA mengakibatkan paralisis seisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral disisi yang sakit.

Saraf V11 persepsi pengecap dalam batas normal, wajah asimetris, otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.

Saraf X11 lidah asimetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi. Indra pengecapan normal.

(4) Sistem Perkemihan (B4/*Bladder*)

Terjadi inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang, sehingga selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologi luas.

(5) Sistem Pencernaan (B5/*Bowel*)

Adanya keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual dan muntah pada fase akut. Mungkin mengalami inkontinensia alvi atau terjadinya konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya gangguan pada saraf V yaitu pada beberapa keadaan CVA menyebabkan paralisis saraf trigeminus, di dapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah pada sisi ipsilateral dan kelumpuhan seisin otot-otot pterigoideus dan pada saraf IX dan X yaitu kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut.

(6) Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (B6/*Bone*)

Kehilangan kontrol volenter gerakan motorik. Terdapat hemiplegia atau hemiparese ekstremitas, kaji adanya dekubitus akibat immobilisasi fisik.

(7) Sistem Penginderaan (B7)

Pada pengindraan pasien biasanya tidak mengalami masalah.

(8) Sistem Endokrin (B8)

Ada atau tidaknya pembesaran kelenjar endokrin, biasanya tidak mengalami pembesaran kelenjar endokrin.

2.2.1.2 Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan analisis data, diperlukan kemampuan mengaitkan data dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam mencantumkan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Nurhasanah, 2013).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien CVA Infark menurut Arif dan Kusuma (2015), yaitu:

2.2.2.1 Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan transmisi, integrasi (trauma neurologis atau defisit).

2.2.2.2 Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot fasial/oral.

2.2.2.3 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis, kehilangan keseimbangan dan koordinasi, spastiitas dan cedera otak.

2.2.2.4 Defisit perawatan diri eliminasi berhubungan dengan gejala sisa CVA.

- 2.2.2.5 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi nervus hipoglossus.
- 2.2.2.6 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekresi secret dan ketidakmampuan batuk efektif sekunder.
- 2.2.2.7 Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak (arterosklerosis, embolisme).
- 2.2.2.8 Resiko jatuh berhubungan dengan perubahan ketajaman penglihatan.
- 2.2.2.9 Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi yang diterima pasien tentang penyakit yang dialami oleh pasien.

2.2.3 Perencanaan

Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan, ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Potter&Perry, 2005).

Perencanaan pada klien dengan CVA Infark menurut Nanda (2015), yaitu:

2.2.3.1 Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan transmisi, integrasi (trauma neurologis atau defisit).

Tabel 2.1 Perencanaan gangguan persepsi sensori berhubungan dengan transmisi integrasi (trauma neurologis atau defisit)

Tujuan / Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien menunjukkan peningkatan persepsi sensori dengan kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Adanya perubahan kemampuan yang nyata. 2) Tidak terjadi disorientasi waktu, tempat dan orang. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kaji kesadaran sensorik, seperti membedakan panas/dingin, tajam/tumpul, posisi bagian tubuh/otot, rasa persendian. 2) Berikan stimulasi terhadap sentuhan. 3) Latih klien untuk melihat suatu objek dengan telaten dan seksama. 4) Observasi respon perilaku klien seperti menangis, bahagia, bermusuhan, halusinasi setiap saat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Penurunan kesadaran sensorik dan kerusakan perasaan kinetik berpengaruh buruk terhadap keseimbangan/posisi tubuh dan kesesuaian dari gerakan yang mengganggu ambulasi. 2) Membantu melatih kembali jarak sensorik untuk mengintegrasikan persepsi dan interpretasi stimulasi. 3) Agar klien tidak kebingungan dan lebih konsentrasi. 4) Untuk mengetahui keadaan emosi klien.

Tujuan/ Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	<p>5) Anjurkan klien untuk mengamati kakinya, buatlah klien sadar akan semua bagian tubuh yang terabaikan.</p> <p>6) Lakukan validasi terhadap persepsi klien, orientasikan kembali pasien secara teratur pada lingkungan, staf, dan tindakan yang akan dilakukan.</p>	<p>5) Penggunaan stimulus penglihatan dan sentuhan membantu dalam mengintegrasikan kembali sisi yang sakit.</p> <p>6) Membantu klien untuk mengidentifikasi ketidak-konsistenan dari persepsi dan integrasi dan menurunkan distorsi persepsi pada realitas.</p>

2.2.3.2 Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot fasial/oral.

Tabel 2.2 Perencanaan hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot fasial/oral

Tujuan / Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien dapat berkomunikasi dengan tepat sesuai dengan keadaannya dengan kriteria hasil:	1) Beri satu kalimat simpel setiap bertemu, jika diperlukan.	1) Menilai kemampuan bicara pasien.

Tujuan/ Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>1) Komunikasi: penerimaan interpretasi dan ekspresi pesan.</p> <p>2) Lisan, tulisan dan non verbal meningkat.</p> <p>3) Komunikasi ekspresif (kesulitan berbicara): ekspresi pesan verbal atau non verbal yang bermakna.</p> <p>4) Komunikasi reseptif (kesulitan mendengar): penerimaan komunikasi dan interpretasi pesan verbal atau non verbal.</p> <p>5) Gerakan koordinasi: mampu mengkoordinasi gerakan dalam menggunakan isyarat.</p>	<p>2) Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan.</p> <p>3) Gunakan kartu baca kertas, pensil, dan lain-lain untuk memfasilitasi komunikasi dua arah yang optimal.</p> <p>4) Ajarkan bicara dari esophagus, jika diperlukan.</p> <p>5) Berikan pujian positive, jika diperlukan.</p> <p>6) Anjurkan kunjungan keluarga secara teratur untuk memberikan stimulus komunikasi.</p>	<p>2) Menurunkan kebingungan selama proses komunikasi dan berespon pada informasi yang lebih banyak pada satu waktu tertentu.</p> <p>3) Memberikan komunikasi tentang kebutuhan berdasarkan keadaan atau defisit yang mendasarinya.</p> <p>4) Mengidentifikasi adanya diastrria sesuai komponen motorik dari bicara.</p> <p>5) Kemampuan pasien untuk merasakan harga diri sebab kemampuan intelektual pasien seringkali tetap baik.</p> <p>6) Mengurangi isolasi sosial pasien dan meningkatkan penciptaan komunikasi yang efektif.</p>

Tujuan/ Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>6) Pengolahan informasi: klien mampu untuk memperoleh, mengatur dan menggunakan informasi.</p> <p>7) Mampu mengontrol respon kekuatan dan kecemasan terhadap ketidakmampuan berbicara.</p> <p>8) Mampu memajemen kemampuan fisik yang dimiliki.</p> <p>9) Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dengan lingkungan sosial.</p>	<p>7) Anjurkan ekspresi diri dengan cara lain dalam menyampaikan informasi (bahasa isyarat).</p> <p>8) Konsultasikan dengan dokter kebutuhan terapi wicara.</p>	<p>7) Meningkatkan percakapan yang bermakna dan memberikan kesempatan untuk keterampilan praktis.</p> <p>8) Pengkajian secara individual kemampuan bicara dan sensori motorik dan kognitif berfungsi untuk mengidentifikasi kebutuhan terapi.</p>

2.2.3.3 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis, kehilangan keseimbangan dan koordinasi, spastisitas dan cedera otak.

Tabel 2.3 Perencanaan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis, kehilangan keseimbangan dan koordinasi, spastisitas dan cedera otak

Tujuan / kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kemampuan aktivitas pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien menunjukkan peningkatan dalam aktivitas fisik. 2) Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas. 3) Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah. 4) Memperagakan penggunaan alat. 5) Bantu untuk mobilisasi (walker). 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan. 2) Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan. 3) Ajarkan pasien tentang teknik ambulasi. 4) Kaji kemampuan pasien dengan mobilisasi. 5) Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLS. 6) Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLS. 7) Berikan alat bantu jika pasien memerlukan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui kondisi pasien sebelum/sesudah latihan. 2) Penggunaan tongkat dapat menurunkan resiko cedera 3) Membantu dan melatih untuk meningkatkan respon motorik. 4) Memantau seberapa jauh kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi. 5) Membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan aktivitasnya secara mandiri. 6) Mengurangi resiko cedera. 7) Untuk memudahkan pasien dalam melakukan latihan mobilisasi.

2.2.3.4 Defisit perawatan diri eliminasi berhubungan dengan gejala sisa CVA.

Tabel 2.4 Perencanaan defisit perawatan diri eliminasi berhubungan dengan gejala sisa CVA

Tujuan / kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kemampuan perawatan diri klien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>1) Mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu.</p> <p>2) Perawatan diri higine: mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.</p>	<p>1) Tentukan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.</p> <p>2) Tenyakan respon pasien terhadap kurangnya privasi.</p> <p>3) Berikan privasi selama eliminasi pasien.</p> <p>4) Berikan fasilitas kebersihan toilet setelah selesai eliminasi.</p> <p>5) Ganti pakaian pasien setelah eliminasi.</p> <p>6) Memulai ke toilet sesuai jadwal.</p>	<p>1) Untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan.</p> <p>2) Untuk mempermudah kebutuhan eliminasi.</p> <p>3) Untuk menjaga privasi pasien.</p> <p>4) Agar toilet tetap terjaga kebersihannya.</p> <p>5) Untuk menjaga kebersihan pasien agar terhindar dari bakteri apabila pakaian basah segera ganti.</p> <p>6) Untuk mengatur supaya tidak terjadi kepenuhan pada kandung kemih.</p>

Tujuan/ Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
3) Perawatan diri eliminasi: mampu untuk melakukan aktivitas eliminasi secara mandiri atau tanpa alat bantu	7) Sediakan alat bantu (misalnya, kateter eksternal atau urinal)	7) Mempermudah pasien dalam memenuhi kebutuhan eliminasi urine
4) Mampu duduk dan turun dari kloset.	8) Observasi integritas kulit pasien.	8) Untuk mengetahui ada inflamasi yang terjadi.
5) Membersihkan diri setelah eliminasi.		
6) Mengetahui kebutuhan bantuan untuk eliminasi.		

2.2.3.5 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi nervus hipoglossus.

Tabel 2.5 Perencanaan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi nervus hipoglossus

Tujuan / kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keprawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi dengan kriteria hasil:	1) Kaji adanya alergi makanan. 2) Anjurkan pada pasien untuk meningkatkan intake Fe.	1) Untuk menentukan diet pasien. 2) Fe berguna untuk menambah zat besi dalam darah.

Tujuan/ Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>1) Adanya peningkatan BB sesuai dengan tujuan.</p> <p>2) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.</p> <p>3) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi.</p> <p>4) Menunjukkan peningkatan fungsi pegecapan dari menelan.</p> <p>5) Tidak terjadi penurunan BB yang berarti.</p>	<p>3) Berikan substansi gula.</p> <p>4) Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat.</p> <p>5) Berikan makanan yang sudah terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi).</p> <p>6) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.</p> <p>7) Kaji kebutuhan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.</p> <p>8) Monitor adanya penurunan BB.</p> <p>9) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.</p>	<p>3) Gula sangat dibutuhkan oleh otak.</p> <p>4) Untuk mencegah terjadinya konstipasi.</p> <p>5) Untuk mengontrol diet pasien.</p> <p>6) Menambah pengetahuan pasien tentang pentingnya nutrisi.</p> <p>7) Menentukan pemilihan terhadap jenis makanan untuk menghindari terjadinya aspirasi.</p> <p>8) Mengevaluasi keefektifan atau kebutuhan mengubah pemberian nutrisi.</p> <p>9) Mengidentifikasi kebutuhan kalori atau nutrisi tergantung pada usia, BB dan keadaan penyakit.</p>

2.2.3.6 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekresi secret dan ketidakmampuan batuk efektif sekunder.

Tabel 2.6 Perencanaan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekresi secret dan ketidakmampuan batuk efektif sekunder

Tujuan / kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan klien menunjukkan bersihan jalan nafas yang efektif dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mampu mendemonstrasikan batuk efektif. 2) Ronkhi tidak terdengar. 3) Pasien mampu mengeluarkan sputum. 4) Frekuensi nafas 16-20 x/menit. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan pada pasien tentang batuk efektif. 2) Ajarkan pada pasien cara batuk efektif. 3) Beri minum hangat jika keadaan memungkinkan. 4) Observasi TTV. 5) Lakukan penghisapan lendir, batasi durasi penghisapan dengan 15 detik atau lebih. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pengetahuan yang diharapkan akan membantu mengembangkan kepatuhan klien terhadap rencana terapeutik. 2) Agar pasien bisa mengeluarkan secret. 3) Membantu pengenceran secret sehingga mempermudah pengeluaran secret. 4) Untuk mengetahui keadaan umum klien. 5) Penghisapan lendir dilakukan untuk mengurangi adanya secret dan durasinya pun dapat dikurangi untuk mencegah hipoksia.

Tujuan/ Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	6) Kolaborasi dalam pemberian nebulizer.	6) Mengatur ventilasi dan melepaskan secret karena reaksi otot bronkosposme.

2.2.3.7 Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak (arterosklerosis, embolisme).

Tabel 2.7 Perencanaan perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak (arterosklerosis. Embolisme)

Tujuan / kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan klien menunjukkan perfusi jaringan serebral adekuat dengan kriteria hasil: 1) Tekanan systole dan diatole dalam rentang yang diharapkan. 2) Tidak ada ortostatik hipertensi. 3) Tidak ada tanda-tanda TIK (tidak lebih dari 15mmHg).	1) Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam /tumpul. 2) Monitor adanya paretese. 3) Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi.	1) Kerusakan perasaan kinetik berpengaruh buruk terhadap kesesuaian diri gerakan yang mengganggu. 2) Mengidentifikasi kekuatan atau kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan. 3) Lesi dan laserasi pada daerah kulit bisa menunjukkan terjadinya penurunan perfusi.

Tujuan/ Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>4) Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan.</p> <p>5) Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi.</p> <p>6) Memproses informasi.</p> <p>7) Membuat keputusan dengan benar.</p> <p>8) Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh: tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan-gerakan involunter.</p>	<p>4) Gunakan sarung tangan untuk proteksi.</p> <p>5) Batasi gerakan pada kepala, leher, dan punggung.</p> <p>6) Monitor kemampuan BAB.</p> <p>7) Kolaborasi pemberian analgetik.</p> <p>8) Monitor adanya tromboplebitis.</p> <p>9) Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi.</p>	<p>4) Sebagai alat pelindung diri.</p> <p>5) Menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi.</p> <p>6) Mencegah proses mengejan selama defekasi yang dapat meningkatkan TIK.</p> <p>7) Untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>8) Jaringan yang alami tromboplebitis lebih mudah mengalami gangguan sirkulasi.</p> <p>9) Membantu pasien untuk mengintegrasikan persepsi dan interpretasi stimulasi.</p>

2.2.3.8 Resiko jatuh berhubungan dengan perubahan ketajaman penglihatan.

Tabel 2.8 Perencanaan resiko jatuh berhubungan dengan perubahan ketajaman penglihatan

Tujuan / kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan klien bebas dari jatuh dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mampu memahami cara meminimalkan resiko jatuh. 2) Klien merasa aman dan nyaman. 3) Klien mampu memahami cara mencegah resiko jatuh. 4) Keluarga mau mendampingi klien. 5) Tidak terjadi resiko jatuh. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan pada klien bagaimana cara meminimalkan resiko jatuh. 2) Berikan posisi yang aman dan nyaman. 3) Berikan tindakan kewaspadaan pasang tralis di sisi tempat tidur klien. 4) Berikan kursi roda bila diperlukan. 5) Anjurkan klien untuk berhenti sebentar dan mencari pegangan saat bermobilisasi. 6) Anjurkan keluarga untuk tetap di samping klien. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Agar klien lebih waspada sehingga resiko jatuh minim. 2) Posisi yang aman dapat mengurangi resiko jatuh dan posisi yang nyaman dapat membuat klien tetap nyaman saat beristirahat. 3) Untuk mencegah terjadinya resiko jatuh. 4) Memudahkan klien untuk berpindah tempat. 5) Untuk memudahkan klien dalam bermobilisasi agar resiko jatuh minim. 6) Melibatkan keluarga dalam menjaga keamanan klien.

Tujuan/ Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	7) Observasi faktor yang mempengaruhi resiko jatuh.	7) Untuk mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi resiko jatuh pada klien.

2.2.3.9 Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi yang diterima pasien tentang penyakit yang dialami oleh pasien.

Tabel 2.9 Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi yang diterima pasien tentang penyakit yang dialami oleh pasien

Tujuan / kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan klien mengerti tentang penyakit yang dialami dengan kriteria hasil: 1) Klien dan keluarga mampu memahami tentang penyakit. 2) Klien dan keluarga mau ikut berpartisipasi dalam tindakan keperawatan.	1) Observasi tingkat pengetahuan klien dan keluarga. 2) Jelaskan pada keluarga tentang penyakit yang di derita. 3) Jelaskan pada klien dan keluarga tentang setiap tindakan keperawatan yang akan dilakukan.	1) Mengetahui sejauh mana pengetahuan yang di miliki klien dan keluarga tentang kebenaran informasi yang didapat. 2) Penjelasan tentang kondisi yang sedang dialami dapat membantu menambah waawasan klien dan keluarga. 3) Agar klien dan keluarga mengetahui tujuan dari setiap tindakan keperawatan yang akan dilakukan.

Tujuan/ Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	4) Beri kesempatan pada klien dan keluarga untuk bertanya. 5) Beri kesempatan pada klien dan keluarga untuk mengulang penjelasan yang telah diberikan oleh perawat.	4) Agar klien lebih paham tentang penjelasan apa yang diberikan oleh perawat. 5) Mengetahui sejauh mana pengetahuan klien dan keluarga setelah diberikan penjelasan oleh perawat.

2.2.4 Pelaksanaan

Tindakan keperawatan (implementasi) adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi mencakup melakukan, membantu atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan asuhan keperawatan untuk tujuan yang berpusat pada klien (Potter&Perry, 2005).

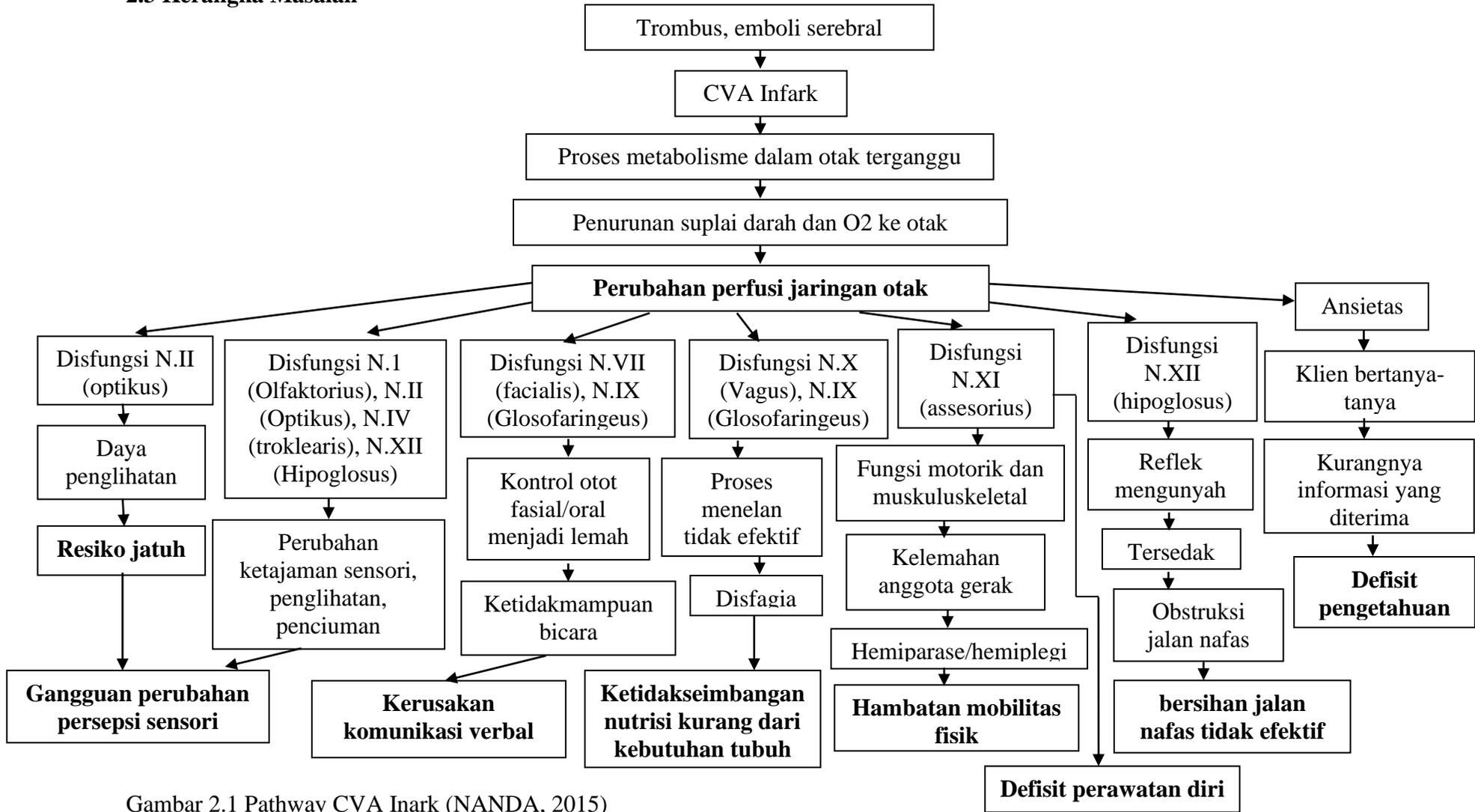
2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah respon pasien terhadap terapi dan kemajuan mengarah pencapaian hasil yang diharapkan. Aktivitas ini berfungsi sebagai umpan balik dan bagian kontrol proses keperawatan, melalui nama status pernyataan diagnostik pasien secara individual dinilai untuk diselesaikan, dilanjutkan, atau memerlukan perbaikan (Doengoes dkk, 2012).

Evaluasi pada klien dengan CVA Infark menurut Nanda (2015), yaitu:

- 2.2.5.1 Peningkatan persepsi sensori terpenuhi.
- 2.2.5.2 Peningkatan pemahaman tentang masalah komunikasi dan meminimalisasi gangguan komunikasi yang ada.
- 2.2.5.3 Mobilisasi fisik terpenuhi.
- 2.2.5.4 Aktifitas perawatan diri terpenuhi.
- 2.2.5.5 Pemenuhan kebutuhan nutrisi terpenuhi.
- 2.2.5.6 Bersihan jalan nafas kembali efektif.
- 2.2.5.7 Perfusi jaringan serebral terpenuhi.
- 2.2.5.8 Klien bebas dari jatuh.
- 2.2.5.9 Klien dan keluarga mampu memahami tentang penyakit yang dialami oleh klien.

2.3 Kerangka Masalah



Gambar 2.1 Pathway CVA Inark (NANDA, 2015)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Tn. J (60 tahun), sudah menikah, suku jawa, beragama islam, pendidikan terakhir SMP, bekerja sebagai petani, alamat purukandang bangilpasuruan dan no. register 00413xxx. Klien dirawat dengan diagnosa medis CVA Infark.

3.1.2 Keluhan Utama

Klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan tidak bisa digerakkan.

3.1.3 Riwayat Kesehatan

3.1.3.1 Riwayat Keperawatan Sekarang

Pada tanggal 04 Januari 2020 jam 20.00WIB klien tiba-tiba merasa tangan dan kaki kanan tidak bisa di gerakkan, lalu pada tanggal 05 Januari 2020 pasien dibawa keluarga ke IGD RSUD Bangil pada pukul 07.00 dan pada pukul 18.00 klien dibawa ke ruang krissan. Pada saat pengkajian tanggal 06 Januari 2020 klien mengeluh tangan dan kaki kanan nya tidak bisa digerakkan.

Masalah Keperawatan : Hambatan Mobilitas Di Tempat Tidur

3.1.3.2 Riwayat Keperawatan Sebelumnya

Klien mengatakan pernah menderita penyakit hipertensi sebelumnya sudah sekitar 10 tahun yang lalu.

3.1.3.3 Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada penyakit yang di derita oleh anggota keluarga seperti: DM, Hipertensi, ataupun penyakit paru.

3.1.3.5 Persepsi dan pengetahuan tentang penyakit dan penatalaksanaannya

Pasien mengatakan belum tau tentang penyakitnya, penyebab, tanda dan gejala serta cara pencegahannya dan pasien juga tidak tau apa makanan yang harus di konsumsi untuk penderita hipertensi

3.1.3.6 Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Klien mengatakan kurang mengatur pola makan saat dirumah, dan kurang menjaga kesehatan apalagi klien mengatakan suka makan yang sedikit asin.

3.1.3.7 Lingkungan tempat tinggal

Keluarga mengatakan ventilasi dirumahnya baik, lingkungan rumahnya bersih dan nyaman.

3.1.4 Status cairan dan nutrisi

Nafsu makan sebelum sakit baik (3 x 1 porsi), saat sakit kurang (2 x ½ porsi), jenis minuman sebelum sakit air putih sebanyak 1500cc/hari dan saat sakit juga air putih sebanyak 1500cc/hari, berat badan sebelum sakit 70kg, saat sakit 67kg, klien kurang mengetahui tentang dietnya ditandai dengan klien tampak bingung ketika ditanya tentang dietnya dan klien bertanya tentang dietnya.

Masalah Keperawatan: Defisiensi pengetahuan b.d kurangnya informasi.

3.1.7.2 Sistem Peredaran Darah (B2/*Blood*):

Tidak terdapat nyeri dada, irama jantung teratur dengan pulsasi kuat posisi midclavicula sinistra v ukuran 1 cm, bunyi jantung: S1 dan S2 tunggal, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, tidak ada cianosis, tidak ada clubbing finger, JVP normal.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.7.3 Sistem Persyarafan (B3/*Brain*):

Kesadaran composmentis, GCS : 4-5-6, orientasi baik, klien kooperatif, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudzinky, tidak ada nyeri kepala, tidak ada pusing, istirahat/tidur: siang \pm 3jam/hr, malam \pm 8jam/hr, tidak terdapat kelainan nervus cranialis, pupil isokor, reflek cahaya : +/+ (normal).

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.7.4 Sistem Perkemihan (B4/*Bladder*):

Bentuk alat kelamin normal, kemauan turun, kemampuan turun, alat kelamin bersih, teratur, jumlah 2000/24 jam, bau khas, warna kuning jernih, tempat yang digunakan urine bag, alat yang digunakan adalah kateter.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.7.5 Sistem Pencernaan (B5/*Bowel*):

Mulut simetris dan bersih, mukosa bibir lembab, bentuk bibir normal, gigi ompong, kebiasaan gosok gigi tidak pernah gosok gigi selama di RS, tidak ada nyeri abdomen, kebiasaan bab 1x/hari, konsistensi lembek, warna kecoklatan, bau khas, tempat yang biasa

digunakan pampers, peristaltik 15x/menit, tidak ada masalah eliminasi alvi.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.7.6 Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (*B6/Bone*):

Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (rom) terbatas, kekuatan otot: 1/1 5/5, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, akral hangat, lembab, turgor baik, CRT \leq 3 detik, tidak ada oedema, kulit bersih, kemampuan melakukan ADL dibantu oleh keluarga, pasien tidak bisa miring kanan, warna kulit sawo matang.

Masalah Keperawatan: Hambatan Mobilitas Di Tempat Tidur

3.1.7.7 Sistem Penginderaan (*B7*):

Mata normal dan simetris, Konjungtiva tidak anemis, sklera normal putih, tidak ada palpebra, tidak ada strabismus, ketajaman penglihatan normal, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak ada sekret, ketajaman penciuman normal, tidak ada kelainan, telinga berbetuk simetris, tidak ada keluhan, ketajaman pendengaran normal, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, perasa manis, pahit, asam, asin, peraba normal.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.7.8 Sistem Endokrin (*B8*):

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak ada luka gangren.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.7.9 Data Psikososial

1) Gambaran diri/citra diri

Klien berharap cepat sembuh, klien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya, klien mengatakan tidak ada bagian tubuh yang kurang disukai dan klien sangat sedih jika salah satu bagian tubuhnya hilang.

2) Identitas

Klien berstatus sebagai ayah dan anak didalam keluarga, klien mengatakan puas sebagai ayah dan anak dan klien mengatakan puas sebagai laki-laki.

3) Peran

Klien mengatakan sudah dihargai sebagai anak dan ayah dan klien mengatakan mampu melakukan tugasnya sebagai ayah dan anak.

4) Ideal diri

Klien mengatakan ingin kembali beraktivitas seperti biasanya, klien berstatus sebagai ayah dan anak, keluarga klien selalu mendukung dalam proses kesembuhannya, masyarakat mau menerima kondisinya dan tidak menjauhinya, teman kerjanya mau menerima keadaannya dan klien berharap penyakitnya segera sembuh.

5) Harga diri

Tanggapan klien terhadap harga dirinya baik.

6) Data sosial

Klien berhubungan baik dengan keluarga, klien berhubungan baik dengan klien lain, keluarga sangat mendukung klien dan klien sangat kooperatif ketika diajak berinteraksi.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.7.10 Data Spiritual

Klien mengatakan Allah adalah satu-satunya penguasa kehidupan, klien mengatakan sumber kekuatan adalah berdoa dan sholat, klien mengatakan ritual agama yang bermakna adalah sholat dan berdoa, klien mengatakan menggunakan sarung ketika melakukan ritual, klien yakin penyakit yang dideritanya hanya ujian dan yakin akan sembuh dan klien berpersepsi penyakitnya dari Allah SWT.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.8 Pemeriksaan Penunjang

3.1.8.1 Laboratorium

Berikut ini merupakan hasil laboratorium tanggal 23 Desember 2019

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium pada Tn. J dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
Leukosit	33,82	$\times 10^3 \mu/L$	4,5-11
Limfosit	0,73	$\times 10^3 \mu/L$	1,5-8,5
BUN	55		
Kreatinin	1,214		
Asam Urat	5,29		
GDA	147		

3.1.8.2 Foto CT Scan Kepala: CVA Infark

3.1.9 Therapi

3.1.9.1 Inf. RL1.500 cc/24jam : untuk menambah elektrolit tubuh dan untuk mengembalikan keseimbangan tubuh.

3.1.9.2 Inj. Antrain 3x1gr : untuk meredakan nyeri

3.1.9.3 Inf. Ceftriaxone 2 x 1 g : sebagai antibiotik

3.1.9.4 Inj. Omeprazole 1x40mg: untuk mengatasi gangguan lambung

Bangil, 10 Januari 2020

Mahasiswa

Dyah Fitri Anggraheni

3.2 Diagnosa Keperawatan

3.2.2 Daftar Masalah Keperawatan

3.2.2.1 Hambatan mobilitas di tempat tidur b/d penurunan kekuatan otot.

3.2.2.2 Defisiensi pengetahuan b/d kurangnya informasi.

3.2.1 Analisa data

Tanggal : 06 Januari 2020

Umur : 60 Tahun

Nama pasien : Tn. J

No RM : 00413xxx

Tabel 3.2.1 Analisa data pada Tn. J dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>DS : Klien mengatakan tangan dan kaki kanannya tidak bisa digerakkan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ROM terbatas, pasien tidak bisa miring kanan - Kekuatan otot: 1/1 5/5 - GCS: 4-5-6 - ADL: dibantu keluarga (makan disuapi, mandi diseka) - K/U: Baik - TD: 100/70 mmHg 	<p>Penurunan Kekuatan Otot</p>	<p>Hambatan Mobilitas Di Tempat Tidur</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Nadi: 83 x/menit - Rr: 19 x/menit - Suhu: 36⁷⁰C 		
2.	<p>DS : Klien dan keluarga mengatakan tidak tau tentang penyakit yang dialami, dan bagaimana pencegahannya</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dan keluarga sering bertanya tentang penyakitnya, bagaimana cara pencegahannya 	Kurangnya informasi	Defisiensi pengetahuan

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.3 Intervensi keperawatan pada Tn. J dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan

No Dx	Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien kembali membaik.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu memahami cara melakukan ROM aktif - Pasien mengatakan sudah mampu menggerakkan tangan dan kaki kanan nya - Pasien mau melakukan pemenuhan kebutuhan ADLS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya. 2. Jelaskan tentang cara melakukan ROM aktif. 3. Ajarkan ROM aktif 4. Ajarkan ROM aktif pada area tubuh yang tidak mengalami kelemahan otot. 5. Anjurkan pasien untuk melakukan pemenuhan kebutuhan ADLS secara mandiri. 6. Berikan terapi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kepercayaan klien kepada perawat. 2. Membantu klien dalam melakukan aktivitas fisik. 3. Untuk meningkatkan aktivitas fisik pasien. 4. Untuk melatih kekuatan otot pasien. 5. Pasien dapat melakukan pemenuhan kebutuhan ADLS secara mandiri. 6. Untuk meningkatkan

	<p>secara mandiri</p> <p>- Kekuatan otot kembali normal 5/5</p> <p>5/5</p>	<p>ROM pasif pada sisi yang mengalami kelemahan</p> <p>7. Observasi kekuatan otot</p>	<p>aktivitas fisik pasien.</p> <p>7. Untuk mengetahui adanya peningkatan kekuatan otot atau tidak.</p>
2.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pengetahuan pasien meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>- Klien dan keluarga mampu memahami tentang penyakitnya.</p> <p>- Klien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara</p>	<p>1. Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang penyakitnya.</p> <p>2. Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala yang muncul pada penyakit dengan cara yang tepat.</p> <p>3. Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang gambaran proses</p>	<p>1. Agar pasien dan keluarga dapat memahami tentang penyakitnya.</p> <p>2. Menambah informasi dan pengetahuan pasien.</p> <p>3. Pasien dapat memahami tentang proses penyakitnya.</p>

	benar. - Klien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat.	penyakit. 4. Anjurkan klien makan makanan yang rendah garam.	4. Untuk membantu menurunkan tekanan darah.
--	--	---	---

3.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.4 Implementasi keperawatan pada Tn. J dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan

No Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/Tanda tangan
1.	06-01-2020	14.30 15.00	<p>1. Mengucapkan salam dengan sopan, perkenalan diri, menanyakan nama dan memberitahukan tujuan pertemuan.</p> <p>Respon : klien menjawab salam dan kooperatif.</p> <p>2. Menjelaskan tentang cara melakukan ROM aktif</p> <p>Respon : klien memperhatikan penjelasan petugas tentang cara melakukan ROM aktif.</p>	<p><i>Fitri</i></p> <p><i>Fitri</i></p>

		15.30	3. Mengajarkan ROM aktif pada pasien. Respon: klien mampu melakukan ROM aktif.	<i>Fitri</i>
		16.00	4. Mengajarkan ROM aktif pada daerah tubuh yang tidak mengalami kelemahan otot. Respon : klien mampu melakukan ROM aktif pada daerah yang tidak mengalami kelemahan otot.	<i>Fitri</i>
		16.30	5. Menganjurkan pasien untuk melakukan kebutuhan ADLS secara mandiri. Respon : klien mampu melakukan pemenuhan kebutuhan ADLS secara mandiri.	<i>Fitri</i>
		17.00	6. Berikan terapi ROM pasif pada sisi yang mengalami kelemahan. Respon: Klien mampu melakukan ROM pasif pada sisi yang mengalami kelemahan.	<i>Fitri</i>
		17.30	7. Mengobservasi kekuatan otot pasien. Respon : kekuatan otot 1/1 5/5.	<i>Fitri</i>

			<p>dan memberitahukan tujuan pertemuan.</p> <p>Respon : klien menjawab salam dan kooperatif.</p>	<i>Fitri</i>
		08.30	<p>2. Menganjurkan pasien melakukan ROM aktif pada daerah tubuh yang tidak mengalami kelemahan otot.</p> <p>Respon : klien mampu melakukan ROM aktif pada daerah yang tidak mengalami kelemahan otot.</p>	<i>Fitri</i>
		09.00	<p>3. Menganjurkan pasien melakukan ROM aktif pada sisi yang tidak mengalami kelemahan.</p> <p>Respon: klien mampu melakukan ROM aktif.</p>	<i>Fitri</i>
		09.25	<p>4. Menganjurkan pasien untuk melakukan kebutuhan ADLS secara mandiri.</p> <p>Respon : klien mampu melakukan pemenuhan kebutuhan ADLS secara mandiri.</p>	<i>Fitri</i>
		09.40	<p>5. Memberikan terapi ROM pasif pada sisi yang mengalami kelemahan.</p> <p>Respon: Klien mampu melakukan</p>	<i>Fitri</i>

			ROM pasif pada sisi yang mengalami kelemahan.	
		10.10	6. Mengobservasi kekuatan otot pasien. Respon : kekuatan otot 2/2 5/5.	<i>Fitri</i>
4.	08-01-2020	08.00	1. Mengucapkan salam dengan sopan, perkenalan diri, menanyakan nama dan memberitahukan tujuan pertemuan. Respon : klien menjawab salam dan kooperatif.	<i>Fitri</i>
		09.00	2. Menganjurkan pasien melakukan ROM aktif pada daerah tubuh yang tidak mengalami kelemahan otot. Respon : klien mampu melakukan ROM aktif pada daerah yang tidak mengalami kelemahan otot.	<i>Fitri</i>
		10.00	3. Menganjurkan pasien melakukan ROM aktif pada sisi yang tidak mengalami kelemahan. Respon: klien mampu melakukan ROM aktif	<i>Fitri</i>
		11.00	4. Menganjurkan pasien untuk melakukan kebutuhan ADLS secara	

			mandiri. Respon : klien mampu melakukan pemenuhan kebutuhan ADLS secara mandiri.	<i>Fitri</i>
		11.30	5. Memberikan terapi ROM pasif pada sisi yang mengalami kelemahan. Respon: Klien mampu melakukan ROM pasif pada sisi yang mengalami kelemahan.	<i>Fitri</i>
		12.00	6. Mengobservasi kekuatan otot pasien. Respon : kekuatan otot 4/4 5/5.	

3.5 Catatan Perkembangan

Tabel 3.5 Catatan perkembangan pada Tn. J dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
06-01-2020	Hambatan Mobilitas di tempat tidur b/d penurunan kekuatan otot	<p>S : Klien mengatakan kaki dan tangan kanan nya tidak bisa di gerakkan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kekuatan otot 1/1 5/5 - keadaan umum baik - kesadaran composmentis - GCS: 4-5-6 - Makan 1 porsi habis - Minum 1.500cc/hari - Td: 90/60 mmHg - Nadi: 80 x/menit - RR: 20x/menit - Suhu: 36⁰C <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi no. 2,3,4,5,6 lanjutkan</p>	<i>Fitri</i>
06-01-2020	Defisiensi Pengetahuan b/d kurangnya informasi	<p>S : klien dan keluarga mengatakan tidak tau tentang penyakit yang dialami oleh</p>	

		<p>anggota keluarganya.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dan keluarga sering bertanya tentang penyakitnya dan bagaimana cara pencegahannya <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi no. 1,2,34 dilanjutkan</p> <p>S : klien mengatakan tangan dan kaki kanannya sudah sedikit bisa di gerakkan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot 2/2 5/5 - Keadaan umum baik - Kesadaran composmentis - GCS 4-5-6 - Makan 1 porsi habis - Minum 1.500 cc/hari - TD: 130/90 mmHg - Nadi: 85x/menit - RR: 20x/menit - Suhu: 36⁷⁰C 	<p><i>Fitri</i></p> <p><i>Fitri</i></p>
--	--	---	---

07-01-2020	Defisiensi pengetahuan b/d kurangnya informasi	<p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi 3,4,5,6 dilanjutkan.</p> <p>S: pasien dan keluarga mengatakan sudah paham dan mengerti tentang penyakitnya</p> <p>O: pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali tentang penyakitnya: definisi, penyebab, tanda dan gejala, dan diet makanan rendah garam.</p> <p>A: Masalah Teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	<i>Fitri</i>
------------	--	---	--------------

3.5.2 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.5.2 Evaluasi keperawatan pada Tn. J dengan diagnosa medis CVA Infark di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
08-01-2020	Hambatan Mobilitas di tempat tidur b/d penurunan kekuatan otot	<p>S : Klien mengatakan tangan dan kaki kanan nya sudah bisa sedikit di gerakkan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum cukup - Kesadaran composmentis - GCS: 4-5-6 - Kekuatan otot 4/4 5/5 - TD: 130/80 mmHg - Nadi: 80x/menit - RR: 20 x/menit - Suhu: 36⁰C <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi 3,4,5,6</p>	<i>Fitri</i>
08-01-2020	Defisiensi Pengetahuan b/d kurang	<p>S : klien dan keluarga mengatakan sudah paham tentang penyakitnya.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga mampu menjelaskan 	<i>Fitri</i>

		<p>tentang penyakitnya</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mau melaksanakan anjuran untuk makan makanan rendah garam <p>O: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	<i>Fitri</i>
--	--	--	--------------

BAB 4

PEMBAHASAN

Padabab IV akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn. J dengan diagnosa medis CVA Infark di ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan yang dilaksanakan mulai tanggal 06 Januari 2020 sampai 08 Januari 2020. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. J dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari :

1.1.1 Identitas

Data yang didapatkan Tn. J berusia 60 tahun, sudah menikah, berjenis kelamin laki-laki, pendidikan SMP, pekerjaan petani. Faktor resiko penyebab CVA Infark adalah para penderita hipertensi, penyakit kardiovaskuler, peningkatan kolesterol, obesitas, diabetes mellitus, merokok, dan alkoholik, Jenis kelamin laki-laki lebih memiliki resiko untuk terkena stroke dibandingkan dengan perempuan, umur semakin tua semakin besar pula resiko terkena stroke, biasanya orang-orang yang bekerja dengan tingkat stress yang tinggi dan membutuhkan tenaga ekstra khususnya pikiran (Muttaqin, 2008).

1.1.2 Riwayat kesehatan

1.1.2.1 Riwayat kesehatan sekarang

Pada riwayat kesehatan sekarang klien terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, pada tinjauan pustaka Menurut (Muttaqin, 2008) kronologis peristiwa CVA Infark sering setelah melakukan aktifitas tiba-tiba terjadi keluhan neurologis misal: sakit kepala hebat, penurunan kesadaran seperti koma. Pada tinjauan kasus didapatkan data pasien datang ke IGD dengan kondisi tangan dan kaki kanan nya tiba-tiba tidak bisa digerakkan.

1.1.2.2 Riwayat kesehatan dahulu

Pada riwayat kesehatan dahulu klien tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, pada tinjauan pustaka menurut (Muttaqin, 2008) riwayat penyakit dahulu CVA Infark adalah pasien yang pernah menderita penyakit DM, CVA, Hipertensi, kelainan jantung, pernah TIA, policitemia karena hal ini berhubungan dengan penurunan kualitas pembuluh darah. Pada tinjauan kasus, klien mengatakan pernah menderita riwayat hipertensi sebelumnya sekitar 10 tahun yang lalu.

1.1.2.3 Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga klien terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus klien mengatakan tidak ada penyakit yang di derita oleh anggota keluarga seperti DM, hipertensi dan CVA, penyakit stroke lebih banyak dipengaruhi oleh faktor keturunan akan tetapi hal ini juga tergantung pola individunya apakah merokok atau sering makan yang tinggi garam, merokok dan

kebiasaan mengonsumsi makanan tinggi garam dapat memicu terjadinya penyakit stroke, selain itu penyebab utama stroke diantaranya pasien yang terbiasa makan makanan yang mengandung lemak jenuh yang menyebabkan arterosklerosis yaitu menyempitnya pembuluh arteri disebabkan karena lemak yang menempel pada dinding arteri (Yugiantoro, 2006).

1.1.3 Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Adapun pemeriksaan dilakukan berdasarkan persistem yaitu :

1.1.3.1 Sistem Pernafasan (B1/*Breathing*):

Pada tinjauan pustaka didapatkan bentuk dada dan gerakan pernapasan simetris, ada batuk serta perubahan kecepatan dan kedalaman pernafasan, adanya ronchi akibat peningkatan produksi secret dan penurunan kesadaran klien, pada klien yang sadar baik sering kali tidak didapati kelainan pada pemeriksaan sistem respirasi, (Muttaqin, 2008).

Pada tinjauan kasus didapatkan bentuk dadanormal chest, susunan ruas tulang belakang normal, pola nafas teratur dengan jenis eupnea, tidak adaretraksi otot bantu nafas intercosta, perkusi thorax sonor, tidak ada alat bantu nafas, vokal fremitus kanan dan kiri sama, tidak adasuara nafas tambahan, tidak ada nyeri dada saat bernapas, tidak ada batuk dengan sputum dan pernafasan 19 x/menit.

Pada sistem pernafasan ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus tidak ditemukan adanya batuk serta produksi sputum, tidak terpasang alat bantu pernafasan, suara nafas vesikuler. Hal ini disebabkan karena kesadaran pasien composmentis sehingga tidak ditemukan akumulasi secret karena pasien tidak batuk dan dalam keadaan sadar sehingga fungsi pernafasan baik.

1.1.3.2 Sistem Peredaran Darah (B2/*Blood*):

Pada tinjauan pustaka dinyatakan dapat terjadi hipotensi atau hipertensi, denyut jantung irreguler, adanya mur-mur (Muttaqin, 2008).

Pada tinjauan kasus didapatkan tidak ada nyeri dada, irama jantung teratur dengan pulsasi kuat posisi midclavicula sinistra v ukuran 1 cm, bunyi jantung: S1 dan S2 tunggal, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, tidak ada cianosis, tidak ada clubbing finger, tidak ada sianosis, jugular venous pressure normal, tekanan darah 100/70 mmHg dan denyut nadi : 83 x/menit dan denyutan kuat (lokasi penghitungan: arteri radialis).

Pada sistem kardiovaskuler ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan. Pada tinjauan kasus tidak ditemukan adanya sianosis, hipertensi/hipotensi, denyut jantung reguler, tidak adanya murmur dan tekanan darah normal, akan tetapi pasien mempunyai riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu, tekanan darah yang tinggi dapat merusak pembuluh darah dan perlahan-lahan merobek pembuluh darah. Selain itu, hipertensi juga membuat pembuluh darah mudah tertutupi oleh plak. Hipertensi tak hanya mempengaruhi pembuluh arteri di jantung,

tetapi juga pembuluh arteri di otak. Pembuluh arteri otak yang robek atau terhalang oleh plak-plak dapat menyebabkan putusnya atau berkurangnya asupan oksigen ke otak. Berkurangnya atau putusnya asupan oksigen ke otak yang menyebabkan stroke/CVA (American Stroke Association, 2010).

1.1.3.3 Sistem Persyarafan (B3/*Brain*):

Pada tinjauan pustaka didapatkan pada CVA Infark tingkat kesadaran bisa sadar baik sampai koma, kerusakan pada 12 syaraf kranial: syaraf 1: biasanya pada klien dengan CVA tidak ada kelainan pada fungsi penciuman, syaraf 2: disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensorik primer diantara sudut mata dan korteks visual, Syaraf 3,4, dan 6: apabila akibat CVA mengakibatkan paralisis seisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit, syaraf 5: disfungsi gerakan mengunyah dan sensasi wajah, syaraf 7: biasanya terjadi kelainan pada ekspresi wajah, syaraf 8: biasanya tidak terjadi kelainan pada sistem pendengaran, syaraf 9 dan 10: biasanya tidak terjadi kelainan pada sensasi rasa, refleks muntah dan menelan, syaraf 11: disfungsi syaraf motorik untuk menggerakkan bahu, syaraf 12: lidah asimetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, indra pengecap normal (Muttaqin, 2008).

Pada tinjauan kasus didapatkan kesadaran composmentis, GCS : 4-5-6, orientasi baik, klien kooperatif, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudzinky, tidak ada nyeri kepala, tidak ada pusing, istirahat/tidur: siang \pm 3jam/hr, malam \pm 8jam/hr, tidak terdapat kelainan

nervus cranialis, pupil isokor, reflek cahaya : +/- (normal), klien mengatakan tangan dan kaki kanan nya tidak bisa di gerakkan.

Pada sistem persyarafan terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka ditemukan adanya perubahan fungsi pada 12 syaraf cranialis. Sedangkan pada tinjauan kasus hanya ditemukan kelumpuhan pada salah satu sisi anggota gerak, karena biasanya pada pasien CVA dapat menyebabkan berbagai defisit neurologi, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (Pujiyanto, 2008).

1.1.3.4 Sistem Perkemihan (B4/*Bladder*):

Pada tinjauan pustaka terjadi inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural . Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang, sehingga selama periode ini dilakukan katerisasi intermiten dengan steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas (Muttaqin, 2008).

Pada tinjauan kasus didapatkan bentuk alat kelamin normal, kemauan turun, kemampuan turun, alat kelamin bersih, frekuensi berkemih teratur, jumlah 2000 cc/24 jam, bau khas, warna kuning jernih, tempat yang digunakan urine bag, klien terpasang kateter.

Pada sistem perkemihan tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka dengan tinjauan

kasus sama-sama terjadi inkontinensia urine karena pada pasien CVA biasanya mengalami konfusi, ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan control motorik dan postural, kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang (Muttaqin, 2008).

1.1.3.5 Sistem Pencernaan (*B5/Bowel*):

Pada tinjauan pustaka didapatkan klien biasanya mengalami keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual dan muntah pada fase akut. Mungkin mengalami inkontinensia alvi atau terjadinya konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya gangguan pada saraf ke V yaitu pada beberapa keadaan CVA menyebabkan paralisis saraf trigeminus, didapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah pada sisi ipsilateral dan kelumpuhan seisi otot-otot pterigoideus dan pada saraf IX dan X yaitu kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut (Muttaqin, 2008).

Pada tinjauan kasus didapatkan mulut bersih, mukosa bibir lembab, bentuk bibir normal, gigiompong, kebiasaan gosok gigi tidak pernah gosok gigi selama di RS, tidak ada nyeri abdomen, kebiasaan bab1x/hari, konsistensi lunak, warna kecoklatan, bau khas, tempat yang biasa digunakan pampers, peristaltik 15x/menit, tidak ada masalah eliminasi alvi, nafsu makan sebelum sakit baik (3 x sehari), saat sakit kurang (3x1/2 porsi), jenis minuman sebelum sakit air putih sebanyak 1500cc/hari dan saat sakit juga air putih sebanyak 1500cc/hari, berat badan sebelum sakit 70kg, saat sakit 67kg, klien kurang mengetahui tentang dietnya ditandai

dengan klien tampak bingung ketika ditanya dan klien bertanya tentang dietnya.

Pada sistem pencernaan ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, pada tinjauan kasus pasien tidak ada kesulitan menelan, tidak ada mual dan muntah, nafsu makan menurun, pola makan 3x1/2 porsi habis, tidak terjadi konstipasi, kebiasaan BAB 1x sehari, konsistensi lembek. Hal ini disebabkan karena pasien tidak mengalami gangguan pada syaraf kranial tersebut sehingga tidak bisa menyebabkan paralisis bagian-bagian yang bermakna dari mekanisme menelan, jika mekanisme menelan mengalami paralisis total atau sebagian, gangguan yang terjadi dapat berupa hilangnya semua tindakan menelan sehingga menelan tidak terjadi sama sekali, kegagalan glotis untuk menutup sehingga makanan tidak jatuh ke esofagus, melainkan jatuh ke paru-paru dan kegagalan palatum mole dan uvula untuk menutup nares posterior sehingga makanan masuk ke hidung selama menelan (Guyton & Hall, 2011).

1.1.3.6 Sistem Muskuloskeletal dan Integumen(B6/Bone):

Pada tinjauan pustaka biasanya didapatkan pasien mengalami kehilangan kontrol volenter gerakan motorik. Terdapat hemiplegia atau hemiparese ekstremitas, kaji adanya dekubitus akibat immobilisasi fisik (ArifMuttaqin, 2009).

Pada tinjauan kasus didapatkan klien terbaring ditempat tidur, terpasang infus di tangan kiri dan pucat, kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (rom) terbatas, kekuatan otot: 1/1 5/5, tidak ada fraktur, tidak ada

dislokasi, akral hangat, lembab, turgor baik, CRT \leq 3 detik, tidak ada oedema, kulit bersih, kemampuan melakukan ADL dibantu keluarga, warna kulit sawo matang, suhu : 36°C (lokasipengukuran: axilla).

Pada sistem *muskuloskeletal dan integumen* terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus tidak ada dekubitus karena pasien sering mika miki. Pada tinjauan kasus dan pustaka sama-sama ditemukan adanya kelumpuhan anggota gerak disebabkan oleh masalah pada otot. Kelumpuhan justru terjadi karena kelainan saraf motorik atau saraf tulang belakang yang membawa pesan gerakan dari otak (Borke, et al.US National Library of medicine medline plus, 2017).

1.1.3.7 Sistem Penginderaan (B7):

Pada tinjauan pustaka penginderaan pasien biasanya tidak mengalami masalah (Muttaqin, 2008).

Pada tinjauan kasus didapatkan konjungtivaanemis, sklera normal putih, tidak ada palpebra, tidak ada strabismus, ketajaman penglihatan normal, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak ada sekret, ketajaman penciuman normal, tidak ada kelainan, telinga berbetuk simetris, tidak ada keluhan, ketajaman pendengaran normal, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, perasa manis, pahit, asam, asin, peraba normal.

Pada sistem pengindraan tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan tidak adanya gangguan pada penglihatan, penciuman, pendengaran, perasa dan peraba.

Menurut (Pujianto, 2008), CVA dapat menyebabkan berbagai defisit neurologi, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat).

1.1.3.8 Sistem Endokrin (B8):

Pada tinjauan pustaka biasanya tidak mengalami pembesaran kelenjar endokrin (Muttaqin, 2008).

Pada tinjauan kasus didapatkan tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak ada luka gangren.

Pada tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus sama-sama tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar endokrin karena kebanyakan pada kasus CVA organ yang di serang adalah pembuluh darah otak yang mengakibatkan perubahan fungsi pada beberapa atau sebagian saraf nervus. Menurut (Junaidi, 2011) terhambatnya pembuluh darah otak menyebabkan gangguan fungsi otak yang akan memunculkan kematian sel saraf (neuron) karena otak yang seharusnya mendapatkan pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu.

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

4.2 Diagnosa keperawatan

Menurut Arif dan Kusuma (2015), pada tinjauan pustaka ditemukan sembilan diagnosa keperawatan, yaitu :

- 1.2.1 Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan transmisi, integrasi (trauma neurologis atau defisit).
- 1.2.2 Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot fasial/ora.
- 1.2.3 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis, kehilangan keseimbangan dan koordinasi, spastitas dan cedera otak.
- 1.2.4 Defisit perawatan diri eliminasi berhubungan dengan gejala sisa CVA.
- 1.2.5 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi nervus hipoglossus.
- 1.2.6 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekresi secret dan ketidakmampuan batuk efektif sekunder.
- 1.2.7 Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak (arterosklerosis, embolisme).
- 1.2.8 Resiko jatuh berhubungan dengan perubahan ketajaman penglihatan.
- 1.2.9 Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi yang diterima pasien tentang penyakit yang dialami oleh pasien.

Pada tinjauan kasus hanya ditemukan dua diagnosa keperawatan yaitu Hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi yang diterima oleh pasien tentang penyakitnya.

Pada diagnosa keperawatan ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus tidak dimunculkan diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensori berhubungan dengan transmisi, integrasi (trauma neurologi atau defisit) karena pada pasien tidak di temukan adanya defisit sensori, hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot fasial/oral karena pada pasien tidak ditemukan adanya penurunan fungsi otot fasila/oral, defisit perawatan diri eliminasi berhubungan dengan gejala sisa CVA karena pada pasien tidak ditemukan adanya gangguan muskuloskeletal, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi nervus hipoglossus karena pada pasien tidak ditemukan adanya kesulitan menelan, bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekresi secret dan ketidakmampuan batuk efektif sekunder karena pasien sadar dan tidak mengalami peningkatan sekresi secret, perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak (arterosklerosis, embolisme) karena pada pasien tidak terdapat arterosklerosis dan embolisme, resiko jatuh berhubungan dengan perubahan ketajaman penglihatan karena pada pasien tidak terjadi penurunan penglihatan.

4.3 Intervensi keperawatan

Pada perumusan perencanaan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus biasanya terjadi kesenjangan yang cukup berarti karena perencanaan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi pasien.

Pada diagnosa keperawatan Hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan penurunan kekuatan otot terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, yaitu pada tinjauan kasus ditambahkan rencana tindakan bina hubungan saling percaya dan jelaskan tentang tata cara melakukan ROM aktif berguna untuk meningkatkan kepercayaan klien kepada perawat dan klien mengerti tentang cara untuk meningkatkan kekuatan otot, Ajarkan ROM aktif pada pasien dan pada daerah yang mengalami kelemahan untuk membantu pasien dalam meningkatkan aktivitas fisik, dan berikan terapi ROM pasif pada sisi yang mengalami kelemahan juga untuk membantu klien meningkatkan aktivitas fisiknya.

Pada diagnosa keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus sama-sama memberikan penjelasan tentang penyakitnya, tanda dan gejala dan cara pencegahannya.

4.4 Implementasi keperawatan

Pelaksanaan adalah perwujudan dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat diwujudkan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada tinjauan kasus pelaksanaan telah disusun dan diwujudkan pada pasien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan.

Pada diagnosa keperawatan hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan seperti membina hubungan saling percaya (mengucapkan salam dengan sopan, perkenalan diri, menanyakan nama dan memberitahukan tujuan pertemuan), menjelaskan tentang cara melakukan ROM aktif, mengajarkan ROM aktif, mengajarkan ROM aktif pada sisi yang tidak mengalami kelemahan, menganjurkan pasien untuk melakukan pemenuhan kebutuhan ADLS secara mandiri, memberikan terapi ROM pasif pada sisi yang mengalami kelemahan, mengobservasi kekuatan otot, akan tetapi tindakan berkolaborasi dengan fisioterapi dalam latihan berjalan tidak dilaksanakan karena tidak tersedia layanan fisioterapi di ruangan tersebut dan memaksimalkan perawat dan keluarga dalam melatih ROM pada pasien.

Pada diagnosa keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi, semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan seperti menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang penyakitnya, menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala yang muncul pada penyakit dengan cara yang tepat, menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang gambaran proses penyakit, menganjurkan klien untuk makan makanan yang rendah garam.

4.5 Evaluasi keperawatan

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

Pada akhir evaluasi diagnosa keperawatan hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan penurunan kekuatan otot disimpulkan bahwamasalah keperawatan pasien belum teratasi karena belum sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu mobilitas fisik terpenuhi. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nanda (2015), bahwa tujuan keperawatan dari diagnosa hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yaitu mobilitas fisik terpenuhi.

Diagnosa keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi disimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien teratasi karena pasien dan keluarga mampu memahami tentang penyakit yang dialami oleh klien. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nanda (2015), bahwa tujuan keperawatan dari diagnosa keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi yaitu klien dan keluarga mampu memahami tentang penyakit yang dialami oleh klien.

Hasil evaluasi pada Tn. J masih ada yang belum sesuai dengan harapan karena ada masalah yang belum teratasi dan kondisi Tn. J belum cukup baik sehingga Tn. J belum dianjurkan untuk KRS.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan diagnosa medis CVA Infark diruang krissan RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis CVA Infark.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada Tn. J dengan diagnosa medis CVA Infark, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Fokus pengkajian pada Tn. J yaitu pada sistem persyarafandan muskuloskeletal dengan data sebagai berikut kelainan pada nervus XI (aksesorius) pasien tidak mampu menggerakkan bahu dan tidak mampu memberi tahanan pada bahu saat diberikan tahanan, kemampuan pergerakan sendi terbatas, kekuatan otot 1/1 5/5, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, tidak ada oedema, kemampuan melakukan ADLS dibantu oleh keluarga.

5.1.2 Diagnosa keperawatan prioritas pada pasien meliputi : Hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, dan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi.

5.1.3 Pada dua diagnosa prioritas yang muncul pada klien dilakukan melalui dua jenis tindakan yaitu tindakan mandiri keperawatan dan tindakan kolaborasi dengan dokter dan ahli fisioterapi.

5.1.4 Implementasi keperawatan dilaksanakan selama dua hari dan semua tindakan yang diimplementasikan kepada klien berdasarkan pada rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan oleh perawat.

5.1.5 Dari dua diagnosa prioritas yang terjadi pada Tn. J didapatkan satu masalah teratasi, dan satu masalah belum teratasi sebagian. Kondisi Tn. J belum seberapa membaik sehingga Tn. J belum dianjurkan untuk KRS.

5.2 Saran

Penulis memberikan saran sebagai berikut :

5.2.1 Untuk akademis hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien CVA Infark.

5.2.2 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit hasil studi kasus ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien dengan CVA Infark dengan baik.

5.2.3 Bagi peneliti hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien CVA Infark.

5.2.4 Bagi profesi kesehatan sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan CVA Infark.

DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association (AHA). 2018. *Guidelines for the Early Management of patients With Acute Ischemic Stroke*, Amerika. Balitbang Kemenkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar ; RISKESDAS*, Jakarta: Balitbang Kemenkes RI
- Batticaca, Fransisca, B, (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*, Jakarta: Salemba Medika
- Herdianyansyah, Yudy. (2012). *Stroke Non Hemoragik*. Diperoleh dari situs <http://Yudyherdiyansyah.blogspot.co.id>. Diakses pada tanggal 7 Juli 2017 pada pukul jam 17:00 WIB
- Herdianyansyah et al. 2012. *Kebiasaan Sarapan Anak Indonesia berdasarkan data Riskesdas 2010. Jurna Gizi dan pangan. Sekertariat Pergizi Pangan Indonesia*, Departemen Gizi Masyarakat, FEMA IPB, Bogor.
- Huda Nurarif, Amin. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA Edisi Revisi jilid 3*. Medication Publishing: Yogyakarta
- Muttaqin, A. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika
- NANDA Internasional. (2014). *Nursing Diagnoses: Definition and Clasification 2015-2017*. Oxford: Wiley-Blackwell
- Nur, Arga. (2013). *Dampak Stroke*, Diperoleh dari situs <http://indonesiasehat.net>. Diakses pada tanggal 27 Agustus 2017 pada pukul 11:00 WIB
- Nurarif, amin hua dan hardi kusuma (2013). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa medis dan NANDA NIC-NOC Refisi Jilid 3*. Mediaction Publishing: Jogjakarta
- Nurarif, amin hua dan hardi kusuma (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa medis dan NANDA NIC-NOC Refisi Jilid 3*. Medication Publishing: Jogjakarta
- Rekam Medik RSUD Bangil. (2018). *Jumlah Penderita Stroke dari bulan Januari Sampai bulan Desember 2017*. Bangil:RSUD Bangil
- Ridwan, Ahmad. (2014). *Penyebab Stroke*, Diperoleh dari situs <http://stroke.com>. Diakses pada tanggal 14 September 2017 pada pukul 09:00 WIB

Sania, Riski. (2015). *Waspada Stroke*. Diperoleh dari situs <http://hosanna-medika.com>. Diakses pada tanggal 14 September 2017 pada pukul 10:00 WIB

Widyastuti, Merina. (2017). *Mengenal Penyakit Stroke*. Diperoleh dari situs <http://merinawidyastuti.blogspot.co.id>. Diakses pada tanggal 16 September 2017 pada pukul 10:00 WIB

American, Heart Association (2010). *Heart Disease & stroke statistics – 2010 Update*. Dallar, Texas: American Heart Association

Yugiantoro M, 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam UI. Hipertensi Essensial*. Edisi 4 jilid I, Jakarta:FK UI

LAMPIRAN

INFORMED CONSENT

Judul: **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis CVA Infark RSUD Bangil”**.

Tanggal pengambilan studi kasus 4 Bulan Januari Tahun 2020

Sebelum tanda tangan dibawah ini, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **Dyah Fitri Anggraheni** Proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya, Tn.Jupri, dengan ini saya memberikan kesediaan setelah mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda tangan.....*Jupri*.....Partisipan
(.....*(Jupri)*.....)

Tanda tangan*Canita*.....saksi
(.....*(Canita)*.....)

Tanda tangan*Fitri*.....peneliti
(.....*(Dyah Fitri A.)*.....)



YAYASAN KERTA CENDEKIA
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA

Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo 61232
 Telepon: 031 – 8961496; Faximile : 031 – 8961497
 Email : akper.kertacendekia@gmail.com

Nomor : 38/BAAK/VIII/2019
 Hal : Permohonan Studi Penelitian

Sidoarjo, 22 Agustus 2019

Yth. Direktur RSUD Bangil
 Pasuruan

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir, Mahasiswa Tingkat III Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo, Tahun Akademik 2019 – 2020, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan bantuan kepada mahasiswa kami,

No.	Nama	NIM	Judul KTI
1.	Dyah Fitri Anggraheni	1701012	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis CVA Infark

Untuk melakukan pengambilan data studi kasus sesuai dengan tujuan proposal penelitian yang telah ditetapkan.

Demikian Surat Permohonan dari kami. Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Direktur,



Agus S. Suryowati, S. Kep, M.Kes



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci – Bangil Pasuruan Kode Pos 67153
Telp. (0343) 744900; 747789 Faks. (0343) 744940,747789



Bangil, 10 Januari 2020

Nomor : 445.1/103.18/424.072.01/2020
Lampiran : -
Hal : Persetujuan Pengambilan Kasus

Kepada
Yth. Direktur Akademi Keperawatan
Kerta Cendekia
Jl. Lingkar Timur Rangkah Kidul
SIDOARJO

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor: C.3.5/3/D/XII/2019 tanggal 27 Desember 2019 perihal Pengambilan Kasus untuk KT Mahasiswa atas nama.

Nama : DYAH FITRI ANGGRAHANI
NIM : -
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosis Medis CVA Infark di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

maka pada prinsipnya kami **MENYETUJUI** yang bersangkutan untuk melakukan Pengambilan Kasus di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung tanggal 9 Januari – 8 Februari 2020.

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n. DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang

u.b.

Kasi Diklat

DIDIK MARIYONO, SKM.

Perata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruang Krisan
2. Yang bersangkutan.

