

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. H DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS *CVA BLEEDING* DI RUANG  
KRISAN RSUD BANGIL PASURUAN**



**OLEH :**

**ANIK AMILA**

**NIM 1701054**

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

# **KARYA TULIS ILMIAH**

## **ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. H DENGAN DIAGNOSA MEDIS *CVA BLEEDING* DI RUANG KRISAN RSUD BANGIL PASURUAN**

**Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar**

**Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)**

**Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo**



**OLEH :**

**ANIK AMILA**

**NIM 1701054**

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

**2020**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Anik Amila  
NIM : 1701054  
Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 28 Februari 1999  
Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah berjudul : **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.H Dengan Diagnosa Medis Cva Bleeding Di Ruang Krissan RSUD Bagil 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, 11 Juni 2020

Yang Menyatakan,  
Mahasiswa



ANIK AMILA

Mengetahui,

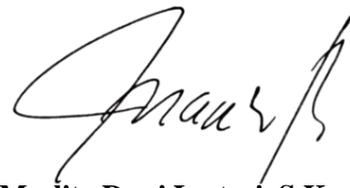
Pembimbing 1



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

NIDN. 0724098402

Pembimbing 2



Ns. Marlita Dewi Lestari, S.Kep.,M.Kes

NIDN. 0709038302

## LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

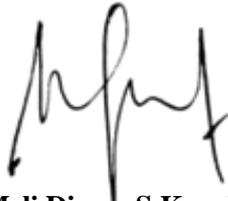
Nama : Anik Amila

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. K Dengan Diagnosa Medis *CVA Bleeding*  
di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan.

Telah disetujui untuk diajukan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada  
Tanggal : 11 Juni 2020

Oleh

Pembimbing 1



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

NIDN. 0724098402

Pembimbing 2



Ns. Marlita Dewi Lestari, S.Kep., 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 : 11 Juni 2020

TIM PENGUJI

Tanda Tangan

Ketua : Riesmiyatiningdyah, S.Kep.NS., 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

**“Kecerdasan bukan penentu kesuksesan, tetapi kerja keras merupakan penentu kesuksesanmu yang sebenarnya. Lakukan apa yang masih bisa kamu lakukan”**

## LEMBAR PERSEMBAHAN

Alhamdulillah Hirobbilalamin saya ucapkan kepada Allah S.W.T karena atas izinNya tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan baik.

Tugas akhir ini saya persembahkan kepada:

Untuk ayah, ibu, adik dan kakak sepupu saya ucapkan terima kasih karena selama ini telah memberi dukungan do'a dan semangat. Semoga Allah S.W.T memberi saya kesempatan untuk membahagiakan kalian kelak.

Untuk bapak dan ibu dosen terutama ibu Agus sulistyowati, S.Kep., M.Kes, ibu Ns. Meli Diana, S.Kep., M.Kes, Ns. Marlita Dewi Lestari, M.Kes dan ibu Ns. Riesmiyatiningdyah S.Kep., M.Kes terima kasih banyak saya ucapkan atas ilmu, bimbingan dan pelajaran hidup yang telah diberikan kepada saya tanpa ibu dosen semua ini tidak akan berarti.

Untuk sahabat saya Putri Novia Nurjannah, Sherly Ayunda Permata Juwita, Roghodatul Aisy dan Alumni BEM Akper Kerta Cendekia Sidoarjo terima kasih karena hingga saat ini tetap mensupport dan saling memberi semangat. Semoga kebersamaan tetap terjalin erat sampai tua.

Untuk teman saya Tri Agung Pamungkas, terima kasih banyak telah mendampingi dan memberi dukungan sekaligus semangat yang luar biasa hingga pendidikan yang saya jalani ini selesai tanpa adanya halangan sedikitpun.

untuk teman seperjuangan saya yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu, saya ucapkan terima kasih atas kebersamaan selama ini, ada suka duka yang kita lewati. Tetapi tak apa semua itu untuk pendewasaan kita masing-masing. Semoga kita dapat meraih kesuksesan sesuai harapan kita. Amiin .

## 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 Ny. H Dengan Diagnosa Medis CVA Bleeding di Ruang Krisan 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 Ayah Sugiyat dan Ibu Siti Safatin 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. Direktur RSUD Bangil yang telah membantu dan memberikan izin kepada penulis dalam melakukan penelitian
7. Para responden keluarga Klien yang telah meluangkan waktunya dalam menyelesaikan tugas ini.
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, 20 April 2020

Penulis



**Anik Amila**

NIM. 1701054

## DAFTAR ISI

	<b>Hal</b>
Sampul Depan .....	
Sampul Dalam .....	ii
Surat Pernyataan .....	iii
Lembar Persetujuan .....	iv
Halaman Pengesahan .....	v
Motto .....	vi
Halaman Persembahan .....	vii
Kata Pengantar .....	viii
Daftar Isi .....	ix
Daftar Gambar .....	xi
Daftar Tabel .....	xii
Daftar Lampiran .....	xiii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.4.1 Akademis .....	5
1.4.2 Praktis .....	5
1.5 Metode Penulisan .....	6
1.5.1 Metode .....	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....	6
1.5.3 Sumber Data .....	7
1.5.4 Sistematika Penulisan .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>9</b>
2.1 Konsep Penyakit .....	9
2.1.1 Definisi .....	9
2.1.2 Etiologi .....	9
2.1.3 Klasifikasi .....	10
2.1.4 Patofisiologi .....	11
2.1.5 Manifestasi Klinis .....	12
2.1.6 Pemeriksaan Penujang .....	12
2.1.7 Diagnosa Banding .....	13
2.1.8 Komplikasi .....	14
2.1.9 Pencegahan .....	14
2.1.10 Penatalaksanaan .....	15
2.1.11 Dampak Masalah .....	16
2.2 Konsep Askep .....	18

2.2.1 Pengkajian.....	18
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	22
2.2.3 Rencana Keperawatan.....	23
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	30
2.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	33
2.3 Kerangka Masalah.....	35
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>36</b>
3.1 Pengkajian .....	36
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	46
3.2.1 Analisa .....	46
3.2.2 Daftar Masalah Keperawatan.....	49
3.2.3 Daftar Diagnosa Prioritas .....	49
3.3 Intervensi Keperawatan.....	49
3.4 Implementasi Keperawatan .....	53
3.5 Evaluasi .....	58
3.5.1 Catatan Perkembangan .....	58
3.5.2 Evaluasi Akhir.....	62
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>64</b>
4.1 Pengkajian Keperawatan .....	64
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	73
4.3 Intervensi Keperawatan.....	75
4.4 Implementasi Keperawatan .....	77
4.5 Evaluasi Keperawatan .....	79
<b>BAB 5 PENUTUP .....</b>	<b>82</b>
5.1 Kesimpulan.....	82
5.2 Saran.....	83
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>85</b>
<b>SAP.....</b>	<b>91</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>13</b>

## DAFTAR GAMBAR

<b>No Gambar</b>	<b>Judul Gambar</b>	<b>Hal</b>
Gambar 2.1	Kerangka Masalah .....	35
Gambar 3.1	Genogram pasien .....	38

## DAFTAR TABEL

<b>No Gambar</b>	<b>Judul Tabel</b>	<b>Hal</b>
Tabel 3.1	Hasil Laboratorium .....	43
Tabel 3.2	Hasil Radiologi .....	43
Tabel 3.3	Analisa Data .....	46
Tabel 3.4	Intervensi Keperawatan .....	49
Tabel 3.5	Implementasi Keperawatan .....	53
Tabel 3.6	Catatan Perkembangan .....	58
Tabel 3.7	Evaluasi Keperawatan .....	62

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>No Gambar</b>	<b>Judul Lampiran</b>	<b>Hal</b>
	Lampiran 1 Infomend consent .....	88
	Lampiran 2 Surat Ijin Pengambilan Studi Kasus.....	89
	Lampiran 3 Surat Balasan Pengambilan Studi Kasus .....	90
	Lampiran 5 Lembar konsultasi .....	91

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Stroke adalah salah satu penyakit saraf yang cukup memprihatinkan dan senantiasa membutuhkan perhatian. *Cerebra Vaskuler Accident (CVA) bleeding* yang disebut dengan nama lain stroke hemoragik merupakan gangguan fungsi pada otak yang disebabkan oleh perdarahan intra serebral atau pendarahan *subarachnoid*. (Erfansyah, 2013). Serangan otak ini merupakan kegawatdaruratan medis yang harus ditangani secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) timbul gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal di otak yang terganggu (Varah, 2012). Masyarakat cenderung menilai stroke terjadi hanya yang memiliki riwayat hipertensi saja dan umumnya hanya dialami oleh lansia, sedangkan mereka yang tidak memiliki riwayat hipertensi tidak akan mengalami stroke (Wulan, 2011). Ada beberapa mitos yang mengatakan bahwa pertolongan pertama pada penderita stroke adalah dengan mengeluarkan darah korban dengan menggunakan jarum yang telah dibakar atau disterilkan yang kemudian ditusukkan ke ujung setiap jari masing-masing sampai darahnya keluar 1-2 tetes. Jika darahnya tidak keluar dapat diurut sampai keluar, sesudah itu korban akan sadar setelah beberapa menit kemudian. Jika korban mulutnya miring, tariklah kedua daun telinganya sampai merah dan kemudian tusuk bagian bawah daun telinga dengan jarum steril sampai darahnya keluar -2 tetes. Setelah korban sadar dan mulutnya sudah pulih kembali, dibawa kedokter atau rumah sakit (Nilawaty, 2012)

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 memperihatinkan lagi 10% diantaranya yang terserang stroke mengalami kematian (Fitriani,2017). Berdasarkan hasil laporan riset kesehatan dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 di Indonesia stroke menjadi urutan yang paling utama, dengan menunjukkan bahwa prevalansi stroke di Indonesia sebesar 10,9% penduduk. Sedangkan di Jawa Timur prevalansi stroke masih cukup tinggi yaitu sebesar 11,2% (Badan penelitian dan pengembangan kesehatan, 2018). Berdasarkan data awal yang dilakukan oleh peneliti didapatkan total penderita stroke (CVA) di RSUD Bangil berjumlah 474 orang selama bulan Januari sampai dengan bulan Desember 2019 yang terdiri dari *CVA bleeding* (Rekam Medik RSUD Bangil, 2019).

Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Hampir 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Serangan otak ini merupakan kegawatdaruratan medis yang harus ditangani secara cepat, tepat dan cermat. Stroke adalah suatu gangguan fungsi saraf akut yang disebabkan oleh karena gangguan peredaran darah otak dimana secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) timbul gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal diotak yang terganggu (Pudiastuti, 2011). Stroke menimbulkan dampak yang besar dari segi sosial dan ekonomi, dari segi ekonomi yaitu biaya berobat semakin mahal, sedangkan dari segi social yaitu kecacatan yang ditimbulkan paska stroke sehingga berkurangnya kemampuan untuk berkerja seperti semula dan menjadi beban sosial dimasyarakat serta penyebab utama kecacatan pada orang dewasa (Feigin, 2009).

Oleh karena itu, perawatan yang diberikan kepada penderita stroke harus dilakukan secara terus-menerus. Perawatan ini bertujuan agar kondisi klien membaik, resiko serangan stroke berulang dapat menurun, tidak terjadi komplikasi, dan atau kematian mendadak. Perawat perlu mengkaji kebutuhan pasien secara menyeluruh tidak hanya asuhan keperawatan yang dilakukan dirumah sakit, perawatan pada pasien stroke juga dapat dilakukan dirumah secara optimal oleh keluarga maupun pasien sendiri secara terus-menerus demi tercapainya keadaan fisik yang maksimal (Suzanne, 2010). Perawat berperan penting dalam pencegahan dan penanggulangan stroke, baik dari upaya promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitative. Untuk promotif, perawat dapat membantu dengan mengadakan promosi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan tentang penyakit stroke, dari pengertian stroke, gejala penyakit, penyebab stroke, komplikasi yang ditimbulkan bila tidak ditangani, serta tindakan yang diberikan sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien. Untuk preventif, perawat dapat memberikan penjelasan bagaimana upaya pencegahan penyakit stroke, misalnya diet rendah garam pada hipertensi, menganjurkan olahraga agar dapat melatih dan melenturkan otot-otot yang kaku. Untuk kuratif, perawat dapat memonitor tekanan intrakranial , memonitor intake dan output cairan serta meminimalisirkan stimulus dan lingkungan, selain itu bisa memonitor adanya paratese, membatasi gerakan pada kepala, leher, dan punggung serta berkolaborasi dalam pemberian analgetik dan antibiotik. Untuk upaya rehabilitatif pada klien stroke, terutama pada klien pasca stroke. Hal ini untuk mencegah stroke berulang, yang dapat memperburuk kondisi klien pasca stroke dan meminimalkan kecacatan. Pasca stroke biasanya klien memerlukan rehabilitasi

seperti terapi fisik, terapi wicara, terapi okupasi. Rehabilitasi psikologis juga diperlukan, seperti berbagai rasa, motivasi, terapi wisata dan sebagainya. Karena pasien pasca stroke biasanya merasa kondisi tubuh yang cacat membuat penderita merasa tidak berguna dan merasa membebani keluarga (Sismadi,2005 dalam Maulana, 2009)

## **1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan *CVA Bleeding* dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Ny.Hdengan diagnose *CVA Bleeding* di ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Ny. H dengan diagnose *CVA Bleeding* diruangan Krissan RSUD Bangil Pasuruan.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1.3.2.1 Mengkaji Ny. H dengan diagnosa *CVA Bleeding* di ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. H dengan diagnose *CVA Bleeding* di ruang Krissan RSUD Bangil Psuruan

1.3.2.3 Merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. H dengan diagnosa *CVA Bleeding* diruang Kissan RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2.4 Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. H dengan diagnosa *CVA Bleeding* di ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2.5 Mengevaluasi tindakan keperawatan pada Ny. H dengan diagnosa *CVA Bleeding* di ruangan Krissan RSUD Bangil Pasuruan

#### **1.4 Manfaat**

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

1.4.1 Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien *CVA Bleeding* dengan baik

1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar melakukan asuhan keperawatan klien dengan *CVA Bleeding* dengan baik

1.4.2.2 Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada klien dengan *CVA Bleeding*.

#### 1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan

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

### **1.5 Metode Penulisan**

#### 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, diagnosa, 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 di ambil melalui pengamatan kepada klien.

##### 1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dengan 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 di bagi menjadi tiga bagian yaitu :

1.6.1 Bagi awal memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi

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

Bab 1 : Pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, sistematik studi kasus

Bab 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis CVA *Bleeding* serta kerangka masalah.

Bab 3 : Tujuan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Bab 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan..

Bab 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampira

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

#### **2.1 Konsep Penyakit**

##### 2.1.1 Definisi

Stroke hemoragik adalah pembuluh darah otak yang pecah sehingga menghambat aliran darah normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah otak dan kemudian merusaknya (Lusi, 2014).

Stroke adalah salah satu penyakit saraf yang cukup memprihatinkan dan senantiasa membutuhkan perhatian. *Cerebra Vaskuler Accident (CVA) bleeding* yang disebut dengan nama lain stroke hemoragik merupakan gangguan fungsi pada otak yang disebabkan oleh perdarahan intra serebral atau pendarahan *subarachnoid*. (Erfansyah, 2013).

##### 2.1.2 Etiologi

2.1.2.1 Trombosis yaitu bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher.

2.1.2.2 Embolisme serebral yaitu bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain.

2.1.2.3 Iskemia yaitu penurunan aliran darah ke area otak.

2.1.2.4 Hemoragi serebral yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak.

(Smeltzer dan Bare, 2010)

### 2.1.3 Klasifikasi

Menurut Wijaya & Putri, 2013 : Stroke Hemoragik dibagi atas dua yaitu :

#### 2.1.3.1 Perdarahan Intraserebral (PIS)

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK yang terjadi cepat, dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intraserebral yang disebabkan karena hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, talamus, pons dan serebelum (Junaidi, 2011).

#### 2.1.3.2 Perdarahan *Subarachnoid* (PSA)

Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi Willis dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang sub arachnoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (nyeri kepala,

penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemi sensorik, afasia, dll) (Junaidi, 2010).

#### 2.1.4 Patofisiologi

Penyempitan pembuluh darah otak mula-mula menyebabkan perubahan pada aliran darah dan setelah terjadi stenosis cukup hebat dan melampaui batas krisis terjadi pengurangan darah secara drastis dan cepat. Obtruksi suatu pembuluh darah arteri di otak akan menimbulkan reduksi suatu area dimana jaringan otak normal sekitarnya masih mempunyai peredaran darah yang baik berusaha membantu suplai darah melalui jalur-jalur anastomosis yang ada. Perubahan yang terjadi pada kortek akibat oklusi pembuluh darah awalnya adalah gelapnya warna darah vena, penurunan kecepatan aliran darah dan dilatasi arteri dan arteriola (Smeltzer dan Bare, 2012).

Menurut Satyanegara (2012), adanya gangguan perdarahan darah ke otak dapat menimbulkan jejas atau cedera pada otak melalui empat mekanisme yaitu: adanya penebalan dinding arteri serebral yang menimbulkan penyempitan atau penyumbatan lumen sehingga aliran darah dan suplainya sebagian otak akantidak adekuat, serta selanjutnya akan mengakibatkan perubahan-perubahan iskemik otak. Apabila hal ini terjadi terus menerus, dapat menimbulkan nekrosis (infark). Kedua yaitu diakibatkan oleh dinding arteri serebral pecah sehingga akan menyebabkan bocornya darah ke jaringan (hemoragi). Selanjutnya, pembesaran sebuah atau sekelompok pembuluh darah yang menekan jaringan otak (misalnya:

malformasi angiomatosa, aneurisma). Adanya odema serebri yang merupakan pengumpulan cairan di ruang intersisial jaringan otak.

#### 2.1.5 Manifestasi Klinik

Manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral.

Pada stroke gejala klinis yang dapat ditemui meliputi:

- 2.1.5.1 Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebagian atau seluruh anggota gerak atau wajah yang timbul secara mendadak (hemiparese dan hemiplegi)
- 2.1.5.2 Depresi saraf kardiovaskuler dan pernapasan
- 2.1.5.3 Penurunan tingkat kesadaran (apati, delirium, somnolen, stupor, semi koma atau koma)
- 2.1.5.4 Afasia (kesulitan dalam bicara)
- 2.1.5.5 Disatria (bicara cadel atau pelo)
- 2.1.5.6 Gangguan penglihatan
- 2.1.5.7 Disfagia (kesulitan menelan)
- 2.1.5.8 Mual, muntah

(Brunner & Suddarth, 2013).

#### 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

##### 2.1.6.1 CT – Scan

Memperlihatkan adanya hematoma, iskemia, dan adanya infark.

#### 2.1.6.2 MRI Kepala

Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovena (MAV)

#### 2.1.6.3 *Pungsi lumbal*

Menunjukkan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada intracrani, dan emboli serebral, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragi / perdarahan pada intracranial.

#### 2.1.6.4 *Ultrasonography Doppler*

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis/ aliran darah / aterosklerosis.

#### 2.1.6.6 Angiografi Serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, oklusi/ ruptur

#### 2.1.6.7 EEG

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (Masalah sistem arteri karotis (aliran darah/muncul plak) arteriosklerotik)

(Doengoes, 2012).

#### 2.1.7 Diagnosa Banding

Diagnose Banding menurut Setiono (2014) antara lain :

##### 2.1.7.1 CVA infak

##### 2.1.7.2 Tumor otak

### 2.1.7.3 Abses otak

### 2.1.7.4 Meningitis

### 2.1.7.5 Encephalitis

## 2.1.8 Komplikasi

Komplikasi menurut Doenges (2009) antara lain :

### 2.1.8.1 Berhubungan dengan immobilisasi.

- 1) Infeksi pernafasan.
- 2) Nyeri yang berhubungan dengan daerah yang tertekan.
- 3) Konstipasi.
- 4) Tromboplebitis.

### 2.1.8.2 Berhubungan dengan mobilisasi.

- 1) Nyeri pada daerah punggung.
- 2) Dislokasi sendi.

### 2.1.8.3 Berhubungan dengan kerusakan otak.

- 1) Epilepsi.
- 2) Sakit kepala.
- 3) Kraniotomi

## 2.1.9 Pencegahan

Pencegahan *CVA Bleeding* menurut Doenges (2009) antara lain :

### 2.1.9.1 Pembatasan makan garam

### 2.1.9.2 Berhenti merokok

### 2.1.9.3 Peningkatan kegiatan fisik : berjalan, rajin berolahraga

### 2.1.9.4 Penurunan berat badan bila kegemukan

2.1.9.5 Berhenti minum kopi

2.1.9.6 Mengurangi makan – makanan berlemak

2.1.9.7 Menghindari obat – obatan yang dapat meningkatkan tekanan darah

2.1.10 Penatalaksanaan

2.1.10.1 Penatalaksanaan Umum

1) Pada fase akut

(1) Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator.

(2) Monitor peningkatan tekanan intracranial.

(3) Monitor fungsi pernapasan: analisa gas darah.

(4) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.

(5) Evaluasi status cairan dan elektrolit.

(6) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri.

(7) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.

(8) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan antikoagulan.

(9) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial, dan reflex.

2) Fase rehabilitasi

(1) Pertahankan nutrisi yang adekuat.

(2) Program management bladder dan bowel.

(3) Mempertahankan keseimbangan tubuh dengan rentang gerak sendi (ROM).

(4) Pertahankan integritas kulit.

- (5) Pertahankan komunikasi yang efektif.
- (6) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
- (7) Persiapan pasien pulang.

#### 2.1.10.2 Pembedahan

Di lakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3cm atau volume lebih dari 50ml untuk dekomresi atau pemasangan pintasan ventrikulo-peritoneal bila ada hidrosefalus obstruktif akut.

Terapi obat-obatan.

- 1) Antihipertensi: captropil, antagonis kalsium.
- 2) Diuretik: manitol 20%, *furosemide*.
- 3) Antikonvulsan: fenitolin

(Muttaqin, 2008).

#### 2.1.11 Dampak Masalah

Penderita *CVA Bleeding* bila tidak segera ditangani akan menimbulkan dampak bagi individu dan keluarga.

##### 2.1.11.1 Dampak Pada Individu

- 1) Jika klien memiliki peran sebagai kepala keluarga akan berdampak pada status ekonominya.
- 2) Jika klien memiliki peran sebagai ibu akan berdampak pada gizi keluarganya.
- 3) Jika klien memiliki peran sebagai anak akan berdampak pada lingkungannya tersebut karena merasa dikucilkan.

#### 2.1.11.2 Dampak pada keluarga

- 1) Terjadi kecemasan karena ada salah satu anggota keluarga yang sakit.
- 2) Masalah biaya karena perawatan penderita stroke memerlukan waktu yang cukup lama dan biaya banyak.
- 3) Gangguan dalam pekerjaan karena harus ada anggota keluarga yang mendampingi pasien saat beraktivitas sehari-hari (Makhrudy, 2013).

## 2.2 Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian

#### 2.2.1.1 Identitas

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia 50 tahun merupakan resiko tinggi terjadinya serangan stroke), jenis kelamin (paling banyak terjadi pada laki laki), pekerjaan (paling banyak terjadi pada kuli bangunan dan pekerjaan yang berat), tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnose medis.

#### 2.2.1.2 Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus *CVA Bleeding* adalah nyeri kepala hebat disertai dengan penurunan kesadaran.

#### 2.2.1.3 Riwayat Penyakit Dahulu

Penyakit yang pernah diderita pada masa-masa dahulu seperti adanya riwayat diabetes mellitus, hipertensi, kelainan jantung, riwayat tinggi kolesterol karena hal ini berhubungan dengan penurunan kualitas pembuluh darah otak menjadi menurun.

#### 2.2.1.4 Riwayat Penyakit Sekarang

Kronologi peristiwa pada saat terjadi keluhan, sering setelah melakukan aktifitas tiba-tiba terjadi keluhan neurologis misalnya, sakit kepala hebat, penurunan kesadaran sampai koma. Selain itu, keluhan neurologis juga dapat disebabkan karena adanya perilaku yang dapat mempengaruhi kesehatan misalnya gaya hidup yang tidak sehat.

#### 2.2.1.5 Riwayat Keluarga

Kemungkinan ada anggota keluarga sedarah yang pernah mengalami penyakit stroke, hal ini dapat memicu terjadinya stroke.

#### 2.2.1.6 Pemeriksaan Fisik

Berguna selain untuk menemukan tanda-tanda fisik yang mendukung diagnosis stroke dan menyingkirkan kemungkinan penyakit lain, juga berguna untuk mengetahui penyakit yang mungkin menyertai stroke. Berikut pola pemeriksaan fisik sesuai *Review of System*:

##### 1) Sistem Pernafasan (B1)

###### (1) Inspeksi

Pada klien stroke terlihat adanya peningkatan produksi sputum, sesak nafas, serta penggunaan otot bantu pernafasan, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Inspeksi dada terutama untuk melihat postur bentuk dan kesimetrisan.

###### (2) Palpasi

Pada palpasi biasanya kesimetrisan, ekspansi, dan taktil fremitus normal dan seimbang kanan dan kiri.

###### (3) Perkusi

Pada perkusi didapatkan suara normal sampai hipersonor sedangkan diafragma menjadi datar dan rendah.

###### (4) Auskultasi

Terdapat suara nafas tambahan seperti ronkhi karena adanya peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang

menurun yang didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

## 2) Sistem Kardiovaskuler (B2)

Pada klien dengan *CVA Bleeding* tekanan darah cenderung meningkat, denyut nadi normal , CRT <3 detik, akral hangat, S1 dan S2 tunggal, tidak ada suara tambahan.

## 3) Sistem Persyarafan (B3)

Adanya sinkop, pusing, sakit kepala berat, kelemahan, kesemutan, kebas pada sisi tertekan seperti mati atau lumpuh. Di samping itu, diperlukan pemeriksaan GCS untuk menentukan tingkat kesadaran klien apakah komposmentis, apatis, delirium, somnolen, sopor, semi koma atau koma.

Pada pemeriksaan syaraf kranial:

- (1) Nervus I: perubahan ketajaman sensori pada pembau atau penciuman
- (2) Nervus II, III, IV, VI: perubahan ketajaman sensori pada penglihatan
- (3) Nervus V, X, XI: kehilangan fungsi nervus ini dapat menyebabkan penurunan gerakan mengunyah, dan kesulitan menelan.
- (4) Nervus VII: terdapat kerusakan otot wajah, sehingga dapat mengakibatkan disfungsi bahasa dan komunikasi.
- (5) Nervus VIII: tidak ditemukan adanya kerusakan pada sistem pendengaran.

(6) Nervus XI: adanya penurunan fungsi motorik dan muskuluskeletal.

(7) Nervus XII: perubahan ketajaman sensori pada pengecap.

4) Sistem Genetourinaria (B4)

Pengukuran volume output urine perlu dilakukan karena berkaitan dengan intake cairan. Pada penderita stroke ditemukan adanya perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urin yang disebabkan karena kerusakan kontrol sfingter urin yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih.

5) Sistem Pencernaan (B5)

Pengkajian tentang status nutrisi klien meliputi jumlah, frekuensi dan kesulitan-kesulitan dalam memenuhi kebutuhannya. Pada klien dengan stroke, sangat potensial terjadi kekurangan pemenuhan kebutuhan nutrisi, hal ini karena terjadinya penurunan nafsu makan, mual dan muntah, kehilangan sensasi (rasa kecap pada lidah), dan adanya kesulitan menelan.

6) Sistem Muskuluskeletal dan Intergumen (B6)

Pada klien penderita stroke ditemukan adanya kelumpuhan atau kelemahan. Tanda-tanda dekubitus karena tirah baring lama, dan kaji kekuatan otot.

#### 7) Sistem Pengindraan (B7)

Pada klien penderita stroke ditemukan adanya kerusakan penginderaan seperti pada penglihatan, gangguan indera pengecap, dan gangguan indera pembau.

#### 8) Sistem Endokrin (B8)

Pada penderita stroke tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar endokrin (Muttaqin, 2008).

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

#### 2.2.2.1 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 analisa data, diperlukan kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan. (Nurhassanah, 2013)

#### 2.2.2.2 Diagnosa Keperawatan

- 1) Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah: gangguan oklusif, hemoragi, vasospasme serebral, edema serebral.
- 2) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidak mampuan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat paralisis parsial atau total.
- 3) Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan fungsi motorik otot-otot bicara sekunder akibat cedera *cerebrovascular*.

- 4) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekret yang kental atau sekret yang berlebihan.
- 5) Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat perubahan organ sensori.
- 6) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan sensasi sekunder akibat cedera *cerebrovascular*.

(Nur Afif & Kusuma, 2015)

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

#### 2.2.3.1 Diagnosa Keperawatan 1 :

Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah: gangguan oklusif, hemoragi, vasospasme serebral, edema serebral.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan fungsi serebral membaik/meningkat, penurunan fungsi neurologis dapat dimimalkan.

Kriteria Hasil:

- 1) Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intracranial
- 2) Tanda-tanda vital normal
- 3) Tingkat kesadaran baik (GCS 12-15)
- 4) Respon motorik/sensorik normal
- 5) Orientasi baik dan bisa mengingat dengan baik

Intervensi:

- 1) Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul.

Rasional : untuk mengetahui perubahan sensasi dan rasa peka.

- 2) Pantau status neurologis.  
Rasional : mengetahui kecenderungan tingkat kesadaran.
- 3) Letakkan kepala dengan posisi sedikit ditinggikan dan dalam posisi anatomis.  
Rasional : untuk menurunkan tekanan darah arteri, meningkatkan sirkulasi serebral.
- 4) Pertahankan keadaan tirah baring, dan ciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung.  
Rasional : Istirahat total dan ketenangan mungkin diperlukan untuk pencegahan terhadap pendarahan.
- 5) Kolaborasi dengan tim medis dengan pemberian obat antikoagulasi.  
Rasional : untuk meningkatkan/memperbaiki aliran darah dan mencegah pembekuan.

#### 2.2.3.2 Diagnosa Keperawatan 2 :

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidak mampuan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat paralisis parsial atau total.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya.

Kriteria Hasil:

- 1) Klien mampu meningkatkan aktivitas.
- 2) Meningkatkan kekuatan dan kemampuan untuk berpindah.
- 3) Klien menunjukkan (tindakan untuk meningkatkan mobilitas).
- 4) Bantu klien untuk mobilisasi (warkel)

Intervensi:

- 1) Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi.

Rasional : untuk mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan memberi informasi tentang pemulihan.

- 2) Anjurkan klien merubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring) dan sebagainya dan berikan bantuan jika diperlukan.

Rasional : menurunkan resiko terjadinya trauma/iskemia jaringan.

- 3) Anjurkan klien untuk membantu pergerakan dan latihan dengan menggunakan ekstremitas yang tidak sakit untuk menyokong yang lemah.

Rasional : dapat berespon dengan baik jika yang sakit tidak menjadi lebih terganggu dan memerlukan dorongan serta latihan aktif.

- 4) Konsultasikan dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan dan ambulansi klien.

R/ untuk memenuhi kebutuhan mobilitas, koordinasi dan kekuatan pada ekstremitas.

- 5) Berikan alat bantu jika klien memerlukan.

Rasional : mencegah terjadinya cedera.

#### 2.2.3.3 Diagnosa Keperawatan 3 :

Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan fungsi motorik otot-otot bicara sekunder akibat cedera *cerebrovascular*.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan masalah komunikasi teratasi.

Kriteria Hasil:

- 1) Komunikasi: penerimaan, intepretasi dan ekspresi pesan lisan, tulisan, dan *non-verbal* meningkat.
- 2) Klien mampu mengontrol respon ketakutan dan kecemasan terhadap ketidakmampuan berbicara.
- 3) Klien mampu berkomunikasi dengan baik.

Intervensi:

- 1) Dengarkan dengan penuh perhatian ketika klien berbicara.  
Rasional : agar klien merasa lebih dihargai dan mencegah mengulangi pembicaraan.
- 2) Anjurkan klien untuk berkomunikasi secara perlahan dan mengikuti perintah sederhana (seperti membuka mata), ulangi dengan kata/kalimat yang sederhana.  
Rasional : melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan sensorik (afasia sensorik).
- 3) Gunakan kartu baca, kertas, pensil, bahasa tubuh, gambar dll.  
Rasional : untuk memfasilitasi komunikasi dua arah yang optimal dan memudahkan klien dalam menyebutkan sesuatu tetapi tidak dapat menyebutkannya.
- 4) Berdiri di depan klien ketika berbicara dan bicaralah dengan nada normal serta hindari percakapan yang cepat.  
Rasional : memudahkan berkomunikasi dengan klien.
- 5) Kolaborasi dengan tim medis untuk kebutuhan terapi wicara.  
Rasional : memudahkan klien dalam memenuhi kebutuhan berkomunikasi.

#### 2.2.3.4 Diagnosa Keperawatan 4:

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekret yang kental atau sekret yang berlebihan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan bersihan jalan nafas kembali efektif.

Kriteria Hasil:

- 1) Klien dapat melakukan batuk efektif.
- 2) Tidak ada suara tambahan pada pernafasan.
- 3) Suara nafas bersih.

Intervensi:

- 1) Auskultasi suara nafas, dan catat adanya suara tambahan.

Rasional : untuk mengetahui letak adanya sekret.

- 2) Informasikan kepada klien tentang *suctioning*.

Rasional : *suctioning* merupakan sebuah proses untuk menghisap cairan atau lendir.

- 3) Ajarkan klien batuk efektif.

R/ batuk efektif dapat mempermudah mengeluarkan sekret.

- 4) Lakukan fisioterapi dada.

Rasional : untuk membantu mengumpulkan sekret agar mudah dikeluarkan.

- 5) Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian bronkodilator.

Rasional : bronkodilator berfungsi melebarkan saluran nafas

#### 2.2.3.5 Diagnosa Keperawatan 5:

Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat perubahan organ sensori.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan persepsi sensori meningkat secara optimal.

Kriteria Hasil:

- 1) Tidak terjadi disorientasi waktu, tempat dan orang.
- 2) Penginderaan dapat berfungsi kembali, seperti klien dapat merasakan asin, asam, pahit, dan dapat mencium bau.
- 3) Klien dapat mulai mengucapkan kalimat yang pendek.

Intervensi:

- 1) Tentukan kondisi patologis klien.

Rasional : untuk mengetahui tipe dan lokasi yang mengalami gangguan.

- 2) Kaji gangguan penglihatan terhadap perubahan persepsi.

Rasional : untuk mempelajari kendala yang berhubungan dengan disorientasi orang.

- 3) Ajarkan klien untuk melihat objek dengan seksama.

Rasional : agar klien tidak kebingungan dan lebih berkonsentrasi.

- 4) Gunakan beberapa metode untuk menstimulasi indera misalnya parfum, dan rasa seperti manis, asin, asam.

Rasional : untuk melatih fungsi pembau, dan pengecap.

- 5) Berbicaralah denganklien secara tenang dan gunakan kalimat-kalimat pendek.

Rasional : memfokuskan perhatian klien, sehingga setiap masalah dapat dimengerti.

#### 2.2.3.6 Diagnosa Keperawatan 6:

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan disfagia sekunder akibat cedera *cerebrovascular*.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan nutrisi klien terpenuhi.

Kriteria Hasil:

- 1) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.
- 2) Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan.
- 3) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.

Intervensi:

- 1) Observasi kemampuan klien dalam mengunyah dan menelan.

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

- 2) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pada klien.

Rasional : untuk memudahkan klien dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi.

- 3) Anjurkan klien menggunakan alat bantu seperti sedotan ketika meminum cairan.

Rasional : menguatkan otot menelan dan menurunkan resiko terjadinya tersedak.

- 4) Monitor intake-output jumlah nutrisi dan kandungan kalori.

Rasional : berguna untuk mengukur keefektifan intake gizi.

- 5) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan klien.

Rasional : untuk merencanakan diet dengan kandungan gizi yang cukup.

#### 2.2.4 Implementasi

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada klien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi klien saat itu. (Sulisowati, 2009)

Pelaksanaan atau implementasi dari diagnosa gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah, edema serebral, hemoragi dengan kriteria hasil tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan *intracranial*, tanda-tanda vital normal, tingkat kesadaran baik (GCS 12-15), respon motorik/sensorik normal, orientasi baik dan bisa mengingat dengan baik. Implementasi yang dilakukan adalah memonitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul, memantau status neurologis, menganjurkan meletakkan kepala dengan posisi sedikit ditinggikan dan dalam posisi anatomis, mempertahankan keadaan tirah baring, dan ciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung, dan berkolaborasi dengan tim medis dengan pemberian obat antikoagulasi.

Pelaksanaan atau implementasi dari diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat paralisis parsial atau total dengan kriteria hasil kebutuhan klien terhadap pergerakan dapat terpenuhi, meningkatkan kekuatan dan kemampuan untuk berpindah, serta klien menunjukkan adanya peningkatan mobilitas. Implementasi

yang dilakukan adalah mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi, menganjurkan klien merubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring) dan sebagainya dan berikan bantuan jika diperlukan, menganjurkan klien untuk membantu pergerakan dan latihan dengan menggunakan ekstremitas yang tidak sakit untuk menyokong yang lemah, berkonsultasi dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan dan ambulansi klien, dan memberikan alat bantu jika klien memerlukan.

Pelaksanaan atau implementasi dari diagnosa hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan fungsi motorik otot-otot bicara sekunder akibat cedera cerebrovaskular dengan kriteria hasil adanya penerimaan, intepretasi dan ekspresi pesan lisan, tulisan, dan *non-verbal* meningkat, klien mampu mengontrol respon ketakutan dan kecemasan terhadap ketidakmampuan berbicara, serta klien mampu berkomunikasi dengan baik. Implementasi yang diberikan adalah mendengarkan dengan penuh perhatian ketika klien berbicara, menganjurkan klien untuk berkomunikasi secara perlahan dan mengikuti perintah sederhana (seperti membuka mata), ulangi dengan kata/kalimat yang sederhana, menggunakan kartu baca, kertas, pensil, bahasa tubuh, gambar dll, berdiri di depan klien ketika berbicara dan bicaralah dengan nada normal serta hindari percakapan yang cepat, serta berkolaborasi dengan tim medis untuk kebutuhan terapi wicara.

Pelaksanaan atau implementasi dari diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekret yang kental atau sekret yang berlebihan dengan kriteria hasil klien dapat melakukan batuk efektif, tidak ada suara tambahan pada pernafasan, dan suara nafas bersih. Implementasi yang dilakukan adalah memeriksa dengan auskultasi suara nafas, dan catat adanya suara

tambahan, memberi informasi kepada klien tentang suctioning, mengajarkan klien batuk efektif, melakukan fisioterapi dada, serta berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian bronkodilator.

Pelaksanaan atau implementasi dari diagnosa gangguan persepsi sensori berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat perubahan organ sensori dengan kriteria hasil tidak terjadi disorientasi waktu, tempat dan orang, penginderaan dapat berfungsi kembali, seperti klien dapat merasakan asin, asam, pahit, dan dapat mencium bau, serta klien dapat mulai mengucapkan kalimat yang pendek. Implementasi yang dilakukan adalah menentukan kondisi patologis klien, mengkaji gangguan penglihatan terhadap perubahan persepsi, mengajarkan klien untuk melihat objek dengan seksama, menggunakan beberapa metode untuk menstimulasi indera misalnya parfum, dan rasa seperti manis, asin, asam, bicaralah dengan klien secara tenang dan gunakan kalimat-kalimat pendek.

Pelaksanaan atau implementasi dari diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan disfagia sekunder akibat cedera *cerebrovascular* dengan kriteria hasil tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti, menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan, serta mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi. Implementasi yang dilakukan adalah mengobservasi kemampuan klien dalam mengunyah dan menelan, memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pada klien, menganjurkan klien menggunakan alat bantu seperti sedotan ketika meminum cairan, memonitor intake-output jumlah nutrisi dan kandungan kalori, dan berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan klien

### 2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah perbandingan yang sistemik atau terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan, dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. (Carpetino, 2013)

Evaluasi pada diagnosa gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah, edema serebral, hemoragi setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan *intracranial*, tanda-tanda vital normal, tingkat kesadaran baik (GCS 12-15), respon motorik/sensorik normal, dan orientasi baik dan bisa mengingat dengan baik.

Evaluasi pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat paralisis parsial atau total setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan kebutuhan klien terhadap pergerakan dapat terpenuhi, adanya peningkatan kekuatan dan kemampuan untuk berpindah, dan klien menunjukkan peningkatan mobilitas.

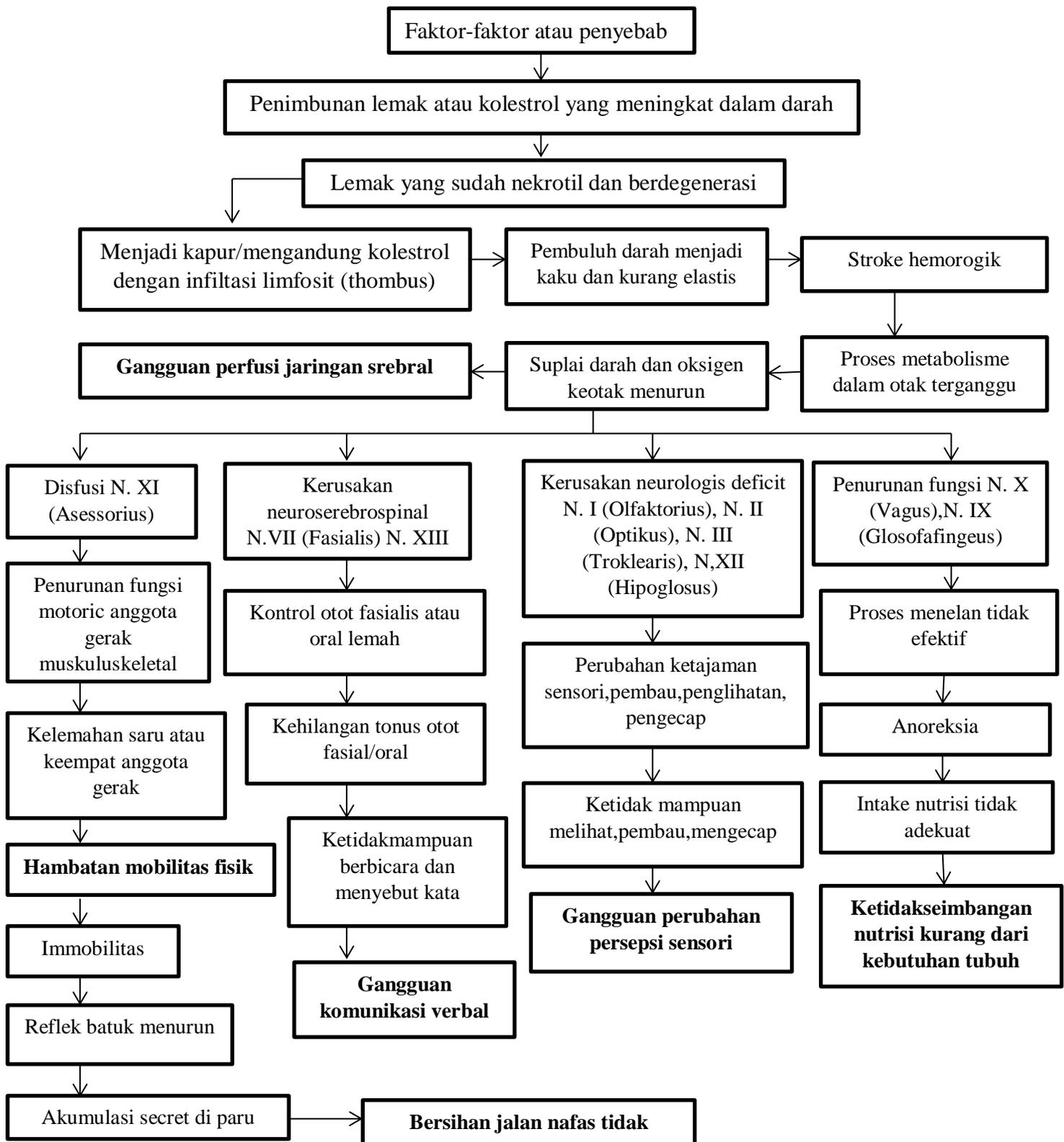
Evaluasi pada diagnosa hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan fungsi motorik otot-otot bicara sekunder akibat cedera *cerebrovascular* setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan adanya penerimaan, interpretasi dan ekspresi pesan lisan, tulisan, dan *non-verbal* meningkat, klien mampu mengontrol respon ketakutan dan kecemasan terhadap ketidakmampuan berbicara, serta klien mampu berkomunikasi dengan baik.

Evaluasi pada diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekret yang kental atau sekret yang berlebihan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan klien dapat melakukan batuk efektif, tidak ada suara tambahan pada pernafasan, dan suara nafas bersih.

Evaluasi pada diagnosa gangguan persepsi sensori berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat perubahan organ sensori setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi disorientasi waktu, tempat dan orang, penginderaan dapat berfungsi kembali, seperti klien dapat merasakan asin, asam, pahit, dan dapat mencium bau, serta klien dapat mulai mengucapkan kalimat yang pendek.

Evaluasi pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan disfagia sekunder akibat cedera *cerebrovascular* setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti, menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan, serta mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.

### 2.3 Kerangka Masalah



(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1 Gambar Kerangka Masalah Pada Pasien *CVA Bleeding*

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada Klien dengan diagnosa medis *CVA Bleeding* pada tanggal 30 Desember 2019 – tanggal 02 Januari 2020 diruang rawat inap Krissan RSUD Bangil – Pasuruan.

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas**

Klien adalah seorang perempuan bernama “Ny.H” usia 54 tahun, beragama Islam, bahasa yang digunakan adalah bahasa Jawa. Klien lulusan SLTA dan tidak bekerja. Klien tinggal bersama anak perempuannya di daerah Kersikan Bangil RT 02 RW 05 – Pandaan. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 28 Desember 2019 jam 20.00 WIB, nomer rekam medis 00413xxx.

##### **3.1.2 Riwayat Keperawatan Sekarang**

###### **3.1.2.1 Keluhan Utama**

Klien mengatakan nyeri kepala, badannya lemas disertai dengan kaki dan tangan kanan sulit digerakkan.

###### **3.1.2.2 Riwayat Penyakit Sekarang**

Klien dibawa ke IGD RSUD Bangil pada tanggal 28 Desember 2019 jam 20.00 WIB karena nyeri kepala, kaki dan tangan kanannya lemas dan tidak bisa digerakkan pada saat mau sholat shubuh. Dari IGD klien dirawat di ruang Krissan untuk mendapat perawatan lebih lanjut.

### 3.1.3 Riwayat Keperawatan Sebelumnya

#### 3.1.3.1 Penyakit yang pernah diderita

Klien mengatakan mengalami penyakit ini baru pertamakali, pasien mempunyai riwayat penyakit darah tinggi  $\pm$  2 tahun.

#### 3.1.3.2 Operasi

Klien mengatakan tidak pernah melakukan operasi.

#### 3.1.3.3 Alergi

Klien mengatakan tidak mempunyai alergi obat maupun makanan.

### 3.1.4 Riwayat Penyakit Keluarga

#### 3.1.4.1 Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga

Klien mengatakan keluarganya ada yang menderita penyakit hipertensi.

#### 3.1.4.2 Lingkungan rumah dan komunitas

Klien mengatakan lingkungan rumahnya bersih, dan ventilasi baik.

#### 3.1.4.3 Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Klien mengatakan suka sekali makan makanan yang mengandung banyak kolesterol, klien jarang olahraga.

#### 3.1.4.4 Persepsi dan Pengetahuan tentang Penyakit dan Penatalaksanaannya

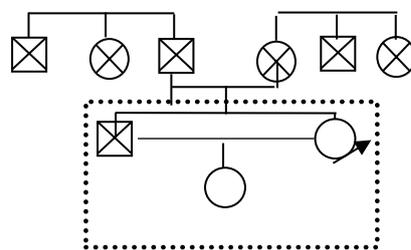
Klien mengatakan mengetahui tentang penyakitnya dan cara penatalaksanaannya.

### 3.1.5 Status Cairan dan Nutrisi

Nafsu makan baik, pola makan 3x sehari sebelum maupun selama sakit. Jenis minuman yang diminum air putih, jumlah air yang diminum sehari  $\pm$  1400cc/hari. Menu makanan/diet yang di berikan di rumah sakit adalah bubur halus rendah garam.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

### 3.1.6 Genogram ( 3 generasi )



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- X : Meninggal
- → : Pasien
- ⋯ : Tinggal seruma

Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny. H Dengan Diagnosa Medis *CVA Bleeding* di Ruang Krissan RSUD Bangil

3.1.7.1 Keadaan Umum: Klien lemah, berbaring di tempat tidur

3.1.7.2 Tanda-tanda Vital:

Tekanan darah: 150/100 mmHg, nadi: 88x/menit, suhu: 36,9°C, respirasi: 22x/menit.

Masalah Keperawatan :

3.1.7.3 Sistem Pernafasan (B1)

Bentuk dada simetris, pola nafas teratur dengan frekuensi nafas 22x/menit, suara nafas vesikuler, tidak ada retraksi otot bantu nafas, perkusi thorax sonor, tidak memakai alat bantu nafas, tidak batuk, vocal fremitus simetris antara kanan dan kiri.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

#### 3.1.7.4 Sistem Kardiovaskuler (B2)

Tidak ada nyeri dada, irama jantung regular, pulsasi Ictus Cordis kuat di ICS V midklavikula sinistra, bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, CRT < 3 detik, tidak ada cyanosis, tidak ada pembesaran JVP.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

#### 3.1.7.5 Sistem Persyarafan (B3)

Kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, klien kooperatif, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudinsky, ada nyeri kepala, Klien merasa pusing. Klien mengatakan saat dirumah tidur siang selama 4 jam dari jam 10.00 sampai jam 14.00, tidur malam selama 9 jam dari jam 20.00 sampai jam 05.00.

Masalah Keperawatan : Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral

#### 3.1.7.6 Sistem Genetourinaria (B4)

Bentuk alat kelamin normal, uretra normal, alat kelamin bersih, produksi urin 1200 ml/hr, warna jernih, bau khas urine, tempat yang digunakan urine bag, alat bantu yang digunakan kateter DC.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

#### 3.1.7.7 Sistem Pencernaan (B5)

Mukosa lembab, bibir kering, lidah kotor, rongga mulut bersih, pasien tidak menggosok gigi, keadaan gigi ada caries, tenggorokan baik, tidak ada kesulitan menelan, saat diinspeksi bentuk abdomen simetris, normal, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan, peristaltik 20x/mnt, BAB 1x

pada saat dirumah sakit tanggal 29-12-2019 dengan konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan, bau khas feses, tempat yang digunakan pampers dewasa, tidak ada pemakaian obat pencahar.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.7.8 Sistem Muskuloskeletal dan Integument (B6)

Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai : bebas, kekuatan otot ekstremitas atas (1,5), ekstremitas bawah (2,5). Tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, akral hangat, turgor normal, kembali <3 detik, tidak ada oedema, kebutuhan klien dalam pergerakan kurang, hemiparese pada tubuh sebelah kanan, semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga seperti makan, minum, dan seka, klien tidak mampu melakukan tugas fisik dan aktivitas seperti perawatan diri secara mandiri, klien diseka sehari sekali oleh keluarganya terkadang tidak diseka, jarang mengganti bajunya karena sulit untuk digerakkan terutama pada ekstremitas yang sakit. Saat ditanya tentang pentingnya personal hygiene pasien dan keluarga mengatakan tidak mengerti.

Masalah keperawatan : Hambatan Mobilitas ditempat tidur, Defisit pengetahuan

#### 3.1.7.9 Sistem Penginderaan (B7)

1) Mata : pupil isokor, reflek cahaya normal, konjungtiva normal, tidak ada anemis, sklera putih, palpebra normal, tidak ada alat bantu, pergerakan bola mata normal, ketajaman penglihatan normal

- 2) Hidung : mukosa lembab, tidak adasecret, ketajaman penciuman normal
- 3) Telinga : bentuk simetris, ketajaman pendengaran normal
- 4) Perasa : bisa merasakan rasa pahit, asam, manis dan asin
- 5) Peraba : normal

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

#### 3.1.7.10 Sistem Endokrin (B8)

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid,tidak ada pembesaran limfe, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak ada hiperglikemia, tidak ada hipoglikemia.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

#### 3.1.7.11 Data Psikososial :

- 1) Gambaran diri/citra diri :

Tanggapan tentang tubuhnya : Klien menyukai semua bagian tubuhnya

Bagian tubuh yang disukai : Semua bagian tubuhnya

Bagian tubuh yang kurang disukai : Tidak ada

- 2) Identitas :

Status klien dalam keluarga : sebagai ibu dan nenek

Kepuasan klien terhadap status dan posisi dalam keluarga : -

Kepuasan klien terhadap jenis kelamin : Klien bersyukur menjadi perempuan

## 3) Peran :

Tanggapan klien tentang perannya : Klien menjalani peran sebagai Ibu dan nenek

Kemampuan/kesanggupan klien melaksanakan perannya : Klien mampu dan sanggup menjalankan tugasnya sebagai Ibu dan nenek

## 4) Ideal diri :

Harapan klien terhadap tubuhnya : Klien ingin tubuhnya sehat kembali dan dapat melakukan aktivitas kembali

Posisi (dalam pekerjaan) : Klien tidak bekerja

Sekolah : Klien lulusan SLTP

Keluarga : -

Masyarakat : Anggota masyarakat

Tempat/lingkungan kerja : -

Harapan klien tentang penyakit yang diderita dan tenaga kesehatan : Klien berharap penyakitnya dapat sembuh dengan bantuan tenaga kesehatan

## 5) Harga diri :

Tanggapan klien terhadap harga dirinya : Klien menghargai dirinya

## 6) Data sosial :

Hubungan klien dengan keluarga : Baik

Hubungan klien dengan klien lain : Baik

Dukungan keluarga terhadap klien : Baik

Reaksi klien saat interaksi : Klien kurang kooperatif

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

#### 3.1.7.12 Data Spiritual :

- 1) Konsep tentang penguasa kehidupan : Klien percaya dengan keyakinannya
- 2) Sumber kekuatan/harapan saat sakit : Keluarga
- 3) Ritual agama yang bermakna/berarti/harapan saat ini : Beribadah dan berdoa
- 4) Sarana/peralatan/org yang diperlukan untuk melaksanakan ritual : -
- 5) Keyakinan terhadap kesembuhan penyakit : Klien yakin bisa sembuh
- 6) Persepsi terhadap penyakit : Klien menganggap penyakitnya adalah ujian.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Malah Keperawatan

#### 3.1.7.13 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium pada Klien tanggal 28 Desember 2019

DARAH LENGKAP	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
Leukosit (WBC)	6,16	$\times 10^3/\mu\text{L}$	4,5-11 Nilai kritis : $<2 \text{ Or} >3$
Neutrofil	4,3	$\times 10^3/\mu\text{L}$	1,5 - 8,5
Limfosit	1,31	$\times 10^3/\mu\text{L}$	1,1 - 5,0
Monosit	0,4	$\times 10^3/\mu\text{L}$	0.14 - 0.66
Eosinofil	0,473	$\times 10^3/\mu\text{L}$	0 - 0,33
Basofil	0,09	$\times 10^3/\mu\text{L}$	0 – 0,11
Neutrofil %	<b>H 70,6</b>	%	35 -66
Limfosit %	<b>L 21,3</b>	%	24 – 44
Monosit %	6,0	%	3 – 6
Eosinofil %	0,8	%	0 -3

Basofil %	<b>H 1,4</b>	%	0 – 1
Eritrosit (RBC)	5,148		4 – 5,2
Hemoglobin (HGB)	14,93	g/dL	12 – 16 NK : < 7 Or >21
Hematokrit (HCT)	44,3	%	33 – 51 NK : < 21 Or >65
MCV	86,10	fL	80 – 100
MCH	29,00	Pg	26 – 34
MCHC	33,68	%	32 – 36
RDW	11,70	%	11,5 – 13,1
PLT	245	x 10 <sup>3</sup> /μL	150 – 450 NK: <50 Or >1000
MPV	7,630	fL	6,90 – 10,6
<b>Faal Hati</b>			
SGOT	20,45	U/L	< 31
SGPT	15,95	U/L	< 39
<b>Faal Ginjal</b>			
Urea Nitrogen (BUN)	9	mg/dL	7,8-20,23 NK : >100
Serum Creatinin	<b>L 0,514</b>	mg/dL	0,6-1,0 NK : ≥10
<b>Elektrolit</b>			
Natrium (Na)	142,90	mmol/L	135-147 NK: <120 Or >160
Kalium(K)	3,67	mmol/L	3,5-5 NK: <3 Or >6,1
Chlorida (Cl)	102,70	mmol/L	95 – 105 NK : <0,78 Or >115
Calsium IoN	1,190	mmol/L	1,16-1,32 NK:<0,78 Or >1,58

Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Radiologi pada Klien tanggal 29 Desember 2019

Hasil Pemeriksaan Radiologi pada Klien tanggal 29-Desember-2019

TS, Yth, Hasil Pemeriksaan MSCT Scan Kepala tanpa kontras :

Tampak perdarahan pada bangsal ganglia kiri, volume :20,24 ml

Ventrikel lateralis kiri menyempit

Pons dan cerebellum normal

Tampak mid line shift ke kanan

Tak tampak kalsifikasi abnormal

Orbita, mastoid dan sinus peranasales kanan kiri normal

Calvaria normal

Kesan :

ICH, volume 20,24

## 3.1.7.14 Terapi

- 1) Infus Asering 1000cc/24jam

- 2) Injeksi Antrain 2 x 1g
- 3) Injeksi Citicolin 2 x 250mg
- 4) Injeksi Calmeco 1 x 500mg

Fungsi obat :

Infus Asering di indikasikan untuk seseorang dengan dehidrasi (syok hipovolemik) pada kondisi: gastroenteritis akut, demam berdarah dengue (DHF), luka bakar, syok hemoragik, dehidrasi berat, trauma. Pada kasus stroke akut, penambahan mgSO<sub>4</sub> 20% sebanyak 10ml pada 1000ml RA, dapat meningkatkan tonisitas larutan infus sehingga memperkecil resiko memperburuk edema.

Antrain merupakan obat anti nyeri dan anti demam yang mengandung natrium metamizole 500mg dalam sediaan tablet ataupun injeksi (ampul).

Citicolin merupakan senyawa kimia otak yang secara alami muncul didalam tubuh manusia. Citicolin berfungsi untuk mengurangi kerusakan jaringan otak saat otak cedera, selain itu dapat meningkatkan aliran darah dan oksigen otak.

Calmeco atau mecobalamin merupakan bentuk aktif vitamin B12 yang dapat mencapai otak, berperan dalam perbaikan kerusakan sel saraf dan meningkatkan pembentuk sel saraf baru. Calmeco diindikasikan untuk penderita kekurangan vitamin B12, neuropati perifer (gangguan saraf tepi dengan gejala kesemutan atau kram).

Mahasiswa



(Anik Amila)

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

#### 3.2.1 Analisa Data

Nama pasien : Ny.H

Umur : 54 tahun

RM : 00413xxx

Tabel 3.3 Analisa Data pada Klien Ny. H dengan Diagnosa Medis *CVA Bleeding* di Ruang Krissan RSUD Bangil Tanggal 30 Desember 2019

NO.	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>DS : Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan tidak dapat digerakkan sehingga tidak mampu melakukan aktivitas</p> <p>DO :</p> <p>1. k/u lemah GCS 4,5,6</p> <p>2. Kesadaran composmentis</p> <p>3. TTV</p> <p>TD : 150/100mmHg</p> <p>Nadi : 88x/menit</p> <p>Suhu : 36,9°C</p> <p>RR : 22x/menit</p> <p>4. Kemampuan klien dalam pergerakan kurang</p> <p>5. Hemiparese pada tubuh</p>	<p>Penyumbatan pembuluh darah otak</p> <p>↓</p> <p>Pembuluh darah kaku dan pecah</p> <p>↓</p> <p>Terjadi emboli</p> <p>↓</p> <p>Menyebabkan disfungsi nervus XI</p> <p>↓</p> <p>Ketidakmampuan kekuatan dan ketahanan</p>	<p>Hambatan mobilitas ditempat tidur</p>

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
	<p>6. Kekuatan otot :</p> $\begin{array}{c c} 1 & 5 \\ \hline 2 & 5 \end{array}$ <p>7. Semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga</p> <p>8. Klien bedrest (berbaring di tempat tidur)</p>	<p>sekunder akibat paralisis parsial atau total</p>	
2.	<p>DS : Klien mengatakan kepalanya pusing mblur</p> <p>DO :</p> <p>1. Orientasi baik kooperatif</p> <p>2. GCS 4-5-6</p> <p>3. Kekuatan otot :</p> $\begin{array}{c c} 1 & 5 \\ \hline 2 & 5 \end{array}$ <p>4. Hasil CT Scan : Tampak perdarahan pada bangsal ganglia kiri, volume :20,24 ml</p> <p>5. TTV</p> <p>TD : 150/100mmHg</p>	<p>Penurunan Darah keotak</p> <p>↓</p> <p>Hipoksia serebral</p> <p>↓</p> <p>Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral</p>	<p>Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral</p>

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
3.	<p>Nadi : 88x/menit Suhu : 36,9°C RR : 22x/menit</p> <p>DS : Saat ditanya tentang pentingnya personal hygiene pasien dan keluarga mengatakan tidak mengerti</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keadaan umum lemah</li> <li>2. Kesadaran composmentis</li> <li>3. Pasien dan keluarga tampak bingung saat ditanya tentang personal hygiene</li> <li>4. Pasien diseka sehari sekali oleh keluarganya terkadang tidak diseka</li> <li>5. Pasien jarang mengganti bajunya karena sulit untuk digerakkan terutama pada ekstermitas yang sakit</li> </ol>	Kurangnya akses informasi	Defisit pengetahuan tentang personal hygiene

### 3.2.2 Daftar Masalah Keperawatan

- 3.2.2.1 Hambatan mobilitas ditempat tidur
- 3.2.2.2 Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral
- 3.2.2.3 Defisit pengetahuan tentang personal hygien

### 3.2.3 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

- 3.2.3.1 Hambatan mobilitas ditempat tidur berhubungan dengan ketidakmampuan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat paralisis parsial atau total
- 3.2.3.2 Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan hipoksia serebral
- 3.2.3.3 Defisit pengetahuan tentang personal hygiene berhubungan dengan kurangnya akses informasi

### 3.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Tanggal : 30 – 12 – 2019

Nama pasien : Ny.H

Dx Medis : *CVA Bleeding*

RM : 00413xxx

Tabel 3.4 Rencana Tindakan Keperawatan pada Klien Ny. H dengan Diagnosa Medis *CVA Bleeding* di Ruang Krissan RSUD Bangil Tanggal 30 Desember 2019

No	Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan klien mampu melakukan ADL ditempat tidur secara mandiri	1) Jelaskan kepada klien dan keluarga tentang pentingnya latihan gerak aktif dan pasif 2) Anjurkan klien untuk	1) Untuk menamba pengetahuan klien dan keluarga 2) Untuk mengidentifikasi

No	Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
	<p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Klien mampu menjelaskan kembali tentang latihan gerak aktif &amp; pasif</p> <p>2. Klien mampu mendemostrasikan ulang latihan gerak aktif &amp; pasif</p> <p>3. Kekuatan otot klien meningkat</p> $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ <p>4. Klien dapat melakukan ADL secara mandiri</p> <p>5. Klien dapat melaporkan peningkatankekuatan otot</p>	<p>3) Merubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring) dan sebagainya</p> <p>4) Ajarkan klien latihan tentang gerak aktif dan pasif</p> <p>5) Observasi kemampuan klien dalam mobilisasi</p> <p>6) Observasi tanda-tanda vital dan kekuatan otot</p> <p>7) Kolaborasi pemberian terapi sesuai dengan kondisi klien</p>	<p>3) kekuatan dan memberi informasi tentang pemulihan</p> <p>4) Dapat meminimalkan atrofi otot</p> <p>5) Mencegah terjadinya cedera dan mengidentifikasi kekuatan &amp; kelemahan otot</p> <p>6) Mengetahui kondisi umum klien dan peningkatan otot</p> <p>7) Mempercepat proses penyembuhan klien</p>

<b>No</b>	<b>Tujuan/kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
2.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi penurunan fungsi serebral</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. GCS dalam batas normal 4-5-6</li> <li>2. Tidak ada penurunan kesadaran</li> <li>3. Tekanan darah dalam batas normal : 90 – 139 mmHg 65- 80 mmHg</li> <li>4. Pusing atau mbelur dapat berkurang / hilang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Observasi tingkat kesadaran klien</li> <li>2) Observasi status neurologis klien</li> <li>3) Posisikan terlentang / miring kanan dan kiri</li> <li>4) Observasi tanda-tanda vital</li> <li>5) Kolaborasi dengan Tim medis lain</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Untuk mengetahui perkembangan klien</li> <li>2) Untuk mengetahui perkembangan klien</li> <li>3) Agar pasien merasa nyaman</li> <li>4) Mengetahui kondisi umum klien</li> <li>5) Mempercepat proses penyembuhan klien</li> </ol>

No	Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
3.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan pengetahuan pasien bertambah</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penting personal hygiene</li> <li>2. pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar</li> <li>3. pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali tentang apa yang dijelaskan perawat/ tim kesehatan lainnya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya personal higiene</li> <li>2. Berikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang cara personal higeine yang benar</li> <li>3. Ajarkan tentang cara personal hygiene yang benar</li> <li>4. Observasi tingkat pengetahuan pasien dan keluarga</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) untuk menambah tingkat pengetahuan pasien</li> <li>2) agar pasien mengetahui tentang cara personal hygiene yang benar</li> <li>3) agar pasien tau bagaimana cara personal hygiene yang benar</li> <li>4) untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan pasien setelah diberikan edukasi tentang personal hygiene</li> </ol>

### 3.4 Implementasi Keperawatan

Nama pasien : Ny.H

No.RM : 00413xxx

Umur : 54

tahun

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan pada Klien Ny. H dengan Diagnosa Medis  
*CVA Bleeding* di Ruang Krissan RSUD Bangil Tanggal 31 Desember  
2019 -02 Januari 2020

No Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/tanda tangan
1.	31/12/ 201	08.00	1. Menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang pentingnya latihan gerak aktif dan pasif : klien mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat dan klien mampu menjelaskan kembali	
		08.30	2. Menganjurkan klien merubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring) dan sebagainya dan berikan bantuan jika diperlukan : dengan menjelaskan bahwa merubah posisi sangat diperlukan untuk mencegah kekakuan tubuh apabila tidak digerakkan	
		09.00	3. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi sesuai kondisi klien  - Infus Asering 1000cc/24jam  - Injeksi Antrain 2 x 1g  - Injeksi Citicolin 2 x 250mg	

No Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/tanda tangan
		09.45	<p>- Injeksi Antrain 2 x 1g</p> <p>- Injeksi Citicolin 2 x 250mg</p> <p>- Injeksi Calmeco 2 x 500µg</p> <p>4. Mengajarkan klien latihan rentang gerak aktif dan pasif : klien mampu mendemonstrasikan ulang apa yang sudah diajarkan perawat</p>	
		10.20	<p>5. Memonitor kemampuan klien dalam mobilisasi : mencatat perkembangan klien dalam pergerakan</p>	
		12.00	<p>6. Mengobservasi tanda-tanda vital klien</p> <p>TD : 150/100mmHg</p> <p>Nadi : 88x/menit</p> <p>Suhu : 36,9°C</p> <p>RR : 22x/menit</p>	
2.	31/12/2019	08.30	<p>1. Menganjurkan posisi klien terlentang/miring kanan dan kiri : klien tampak melakukan apa yang dianjurkan oleh perawat</p>	
		09.00	<p>2. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi sesuai kondisi klien</p> <p>- Infus Asering 1000cc/24jam</p>	

No Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/tanda tangan
		10.20	<p>- Injeksi Antrain 2 x 1g</p> <p>- Injeksi Citicolin 2 x 250mg</p> <p>- Injeksi Calmeco 2 x 500µg</p> <p>3. Mengobservasi tingkat kesadaran klien : mencatat kesadaran klien composmentis GCS 4,5,6</p> <p>4. Mengobservasi status neurologis klien : mencatat nervus XI px yang terganggu</p> <p>5. Mengobservasi tanda-tanda vital klien</p> <p>TD : 150/100mmHg</p> <p>Nadi : 88x/menit</p> <p>Suhu : 36,9°C</p> <p>RR : 22x/menit</p>	
3.	31-01-19	08.00	<p>1. Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya personal hygiene : klien mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat dan klien mampu menjelaskan kembali</p> <p>2. Berikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang cara personal hygiene yang benar : pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penting personal hygiene</p>	

No Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/tanda tangan
		12.00	3. Mengajarkan tentang cara personal hygiene yang benar 4. Observasi tingkat pengetahuan pasien dan keluarga : pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar	
1.	01-01-20	14.00	1. Menganjurkan klien merubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring) dan sebagainya dan berikan bantuan jika diperlukan : dengan menjelaskan bahwa merubah posisi sangat diperlukan untuk mencegah kekakuan tubuh apabila tidak digerakkan 2. Menganjurkan klien latihan rentang gerak aktif dan pasif : klien mampu mendemonstrasikan ulang apa yang sudah diajarkan perawat	
		16.30	3. Memonitor kemampuan klien dalam mobilisasi : mencatat perkembangan klien dalam pergerakan 4. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi sesuai kondisi klien - Infus Asering 1000cc/24jam - Injeksi Antrain 2 x 1g - Injeksi Citicolin 2 x 250mg	



No Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/tanda tangan
1.	02-01-20	16.30	1. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi sesuai kondisi klien - Infus Asering 1000cc/24jam - Injeksi Antrain 2 x 1g - Injeksi Citicolin 2 x 250mg - Injeksi Calmeco 2 x 500µg	
		17.00	2. Memonitor kemampuan klien dalam mobilisasi : mencatat perkembangan klien dalam pergerakan  3. Mengobservasi tanda-tanda vital klien TD : 150/100mmHg Nadi : 82x/menit Suhu : 36,9°C RR : 22x/menit	

### 3.5 Evaluasi

#### 3.5.1 Catatan Perkembangan

Nama pasien : Ny.H

Umur : 54 tahun

No.RM : 00413xxx

Tabel 3.6 Catatan Perkembangan pada Klien Ny. K dengan Diagnosa Medis CVA *Bleeding* di Ruang Krissan RSUD Bangil Tanggal 31 Desember 2019 – 01 Januari 2020

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
31/12/ 2019 Pagi	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidak	S : Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan tidak dapat digerakkan sehingga	

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf				
	<p>mampuan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat paralisis parsial atau total</p>	<p>tidak mampu melakukan aktivitas</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. K/U baik</li> <li>2. Kesadaran Composmentis</li> <li>3. TTV</li> </ol> <p>TD : 150/100mmHg Nadi : 88x/menit Suhu : 36,9°C RR : 22x/menit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Kebutuhan klien dalam pergerakan kurang</li> <li>5. Semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga</li> <li>6. Klien bedrest (berbaring di tempat tidur)</li> <li>7. Kekuatan otot :           <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">2</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> </li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	3	5	2	5	
3	5						
2	5						
<p>31-12-19 Pagi</p>	<p>Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan</p>	<p>S : Klien mengatakan pusing atau mliurnya belum hilang</p> <p>O :</p>					

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
	dengan hipoksia serebral	1. K/u baik 2. GCS 456 3. Kesadaran composmentis 4. TTV TD : 150/100mmHg Nadi : 88x/menit Suhu : 36,9°C RR : 22x/menit A : Masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
31-12-19	Defisit pengetahuan berhubungan kurangnya akses informasi	S : Klien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penting personal hygiene O : 1. Klien Mampu menjelaskan kembali tentang personal hygien 2. Klien diseka oleh keluarga 2x sehari 3. Keluarga mengganti pakaian klien setelah di seka A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
01-01-20 Siang	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidak	S : Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan sudah dapat bergeser namun masih	

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf				
	<p>mampuan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat paralisis parsial atau total</p>	<p>terasa berat</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. k/u baik</li> <li>2. Kesadaran composmentis</li> <li>3. TTV</li> </ol> <p>TD : 140/80mmHg</p> <p>Nadi : 83x/menit</p> <p>Suhu : 37°C</p> <p>RR : 21x/menit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Kebutuhan klien dalam pergerakan kurang</li> <li>5. Klien sulit untuk berpindah</li> <li>6. Klien belum menunjukkan mampu mobilisasi hanya bisa bergeser dibantu dengan ekstremitas yang tidak sakit</li> <li>7. Semua aktivitas klien masih dibantu oleh keluarga</li> <li>8. Kekuatan otot :</li> </ol> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	4	5	3	5	
4	5						
3	5						
01-01-	<p>Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan</p>	<p>S : Klien mengatakan pusing atau mbeliurnya hilang atau berkurang</p>					

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
	dengan hipoksia serebral	O : 1. K/u baik 2. GCS 456 3. Kesadaran composmentis 4. TTV TD : 140/100mmHg Nadi : 80x/menit Suhu : 36,6°C RR : 22x/menit A : Masalah tidak terjadi P : intervensi dihentikan	

### 3.5.2 Evaluasi Keperawatan

Nama pasien : Ny.H

Umur : 54 tahun

No.RM : 00143xxx

Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan pada Klien Ny. K dengan Diagnosa Medis CVA *Bleeding* di Ruang Krissan RSUD Bangil Tanggal 02 Januari 2020

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
02/01/2020 Siang	Hambatan mobilitas fisik b.d ketidakmampuan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat paralisis parsial atau	S : Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan sudah dapat digerakkan  O : 1. k/u baik 2. Kesadaran composmentis	

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
	sekunder akibat paralisis parsial total	3. TTV  TD : 140/90mmHg  Nadi : 88x/menit  Suhu : 36,2°C  RR : 20x/menit  4. Kebutuhan klien dalam pergerakan dapat dipenuhi  5. Klien mampu berpindah  6. Klien menunjukkan mampu mobilisasi  7. Semua aktivitas klien masih dibantu oleh keluarga  8. Kekuatan otot :  $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 5 \end{array}$ A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan oleh perawat jaga	

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab IV akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Ny. H dengan diagnosa medis *CVA Bleeding* di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan yang dilaksanakan mulai tanggal 30 Desember 2019 sampai 02 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**

##### **4.1.1 Pengkajian**

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

##### **4.1.1.1 Identitas**

Pada tinjauan pustaka disebutkan pengkajian mengenai nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia 50 tahun merupakan resiko tinggi terjadinya serangan stroke), jenis kelamin (paling banyak terjadi pada laki laki), pekerjaan (paling banyak terjadi pada kuli bangunan dan pekerjaan yang berat), tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnose medis perlu dilakukan pada klien *CVA Bleeding* (Muttaqin, 2008).

Pada tinjauan kasus di jabarkan bahwa, pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. H usia 54 tahun, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga.

Pada pengkajian identitas terdapat kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka, pada tinjauan pustaka jenis kelamin yang paling banyak terjadi CVA adalah laki laki, sedangkan pada tinjauan kasus jenis kelamin perempuan. (Ismanto & Kundre, 2014) mengatakan bahwa wanita yang memasuki masa menopause akan rentan terkena stroke karena hormon estrogen yang berperan dalam mempertahankan kekebalan tubuh dan melindungi tubuh dari serangan stroke akan menurun jika wanita tersebut sudah menopause.

#### 4.1.2 Riwayat Keperawatan

##### 4.1.2.1 Keluhan Utama

Pada tinjauan pustaka menurut klien dengan *CVA Bleeding* didapatkan keluhan utama nyeri kepala hebat disertai dengan penurunan kesadaran. Pada tinjauan kasus didapatkan data klien mengeluh badannya lemas disertai dengan kaki dan tangan kanan sulit digerakkan.

Terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, pada tinjauan pustaka klien mengalami penurunan kesadaran, pada tinjauan kasus klien datang dengan keluhan badan lemas disertai dengan kaki dan tangan kanan sulit digerakkan. Menurut (Terry & Wijaya, 2013) mengatakan bahwa penurunan kesadaran diakibatkan karena adanya perdarahan *subaraknoid* yang mana perdarahan masuk ke ruang subaraknoid yang biasanya berasal dari pecahnya aneurisma otak atau

AWM. Perdarahan subaraknoid bisa berakibatkan pasien koma atau tidak sadarkan diri. Sedangkan pada pasien Ny.H ditemukan adanya perdarahan pada basal ganglia kiri sehingga tidak mengalami penurunan kesadaran.

#### 4.1.2.2 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada tinjauan pustaka klien dengan CVA *Bleeding* didapatkan keluhan, setelah melakukan aktifitas tiba-tiba terjadi keluhan neurologis misalnya, sakit kepala hebat, penurunan kesadaran sampai koma. Selain itu, keluhan neurologis juga dapat disebabkan karena adanya perilaku yang dapat mempengaruhi kesehatan misalnya gaya hidup yang tidak sehat.

Pada tinjauan kasus diperoleh hal yang sama yaitu nyeri kepala, kaki dan tangan kanannya lemas dan tidak bisa digerakkan pada saat mau sholat shubuh. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan perbedaan yang signifikan karena pada pasien CVA muncul gejala nyeri kepala dan kelemahan fisik. Nyeri kepala disebabkan karena terjadinya aterosklerosis yang menyebabkan perlukaan secara mekanis pada sel endotel dinding pembuluh darah sehingga mengalami tekanan tinggi pada aliran darah (Farida & Amalia, 2009).

#### 4.1.2.3 Riwayat Penyakit Dahulu

Pada tinjauan pustaka klien dengan CVA *Bleeding* didapatkan penyakit yang pernah diderita pada masa-masa dahulu seperti adanya riwayat diabetes mellitus, hipertensi, kelainan jantung, riwayat tinggi kolesterol.

Pada tinjauan kasus didapatkan data klien pernah mengalami hipertensi sekitar 2 tahun yang lalu. Menurut Padila (2012), bahwa pada penderita yang pernah mengalami hipertensi akan terjadi penurunan kualitas pembuluh darah ke otak sehingga mempercepat terjadinya aterosklerosis, jika proses tekanan berlangsung lama, dapat menyebabkan kelemahan dinding pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi rapuh dan mudah pecah, sehingga tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

#### 4.1.2.4 Riwayat Penyakit Keluarga

Pada tinjauan pustaka kemungkinan ada anggota keluarga sedarah yang pernah mengalami penyakit stroke, hipertensi hal ini dapat memicu terjadinya stroke.

Pada tinjauan kasus didapatkan klien mengatakan keluarganya ada yang menderita penyakit hipertensi. Menurut (Ismanto & Kundre, 2014) mengatakan riwayat keturunan juga mempengaruhi terkena stroke, karena adanya riwayat keluarga yang menderita hipertensi, stroke diabetes mellitus pada generasi dahulu

#### 4.1.3 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 :

#### 4.1.3.1 Sistem Pernafasan (B1)

Pada tinjauan pustaka ditemukan data Inspeksi : pada klien stroke terlihat adanya peningkatan produksi sputum, sesak nafas, serta penggunaan otot bantu pernafasan, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Palpasi : pada palpasi biasanya kesimetrisan, ekspansi, dan taktil fremitus normal dan seimbang kanan dan kiri. Perkusi : pada perkusi didapatkan suara normal sampai hipersonor sedangkan diafragma menjadi datar dan rendah. Auskultasi : Terdapat suara nafas tambahan seperti ronkhi karena adanya peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma (Muttaqin, 2008).

Pada tinjauan kasus didapatkan Bentuk dada simetris, pola nafas teratur dengan frekuensi nafas 22x/menit, suara nafas vesikuler, tidak ada retraksi otot bantu nafas, perkusi thorax sonor, tidak memakai alat bantu nafas, tidak batuk, vocal fremitus simetris antara kanan dan kiri.

Terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus tidak ditemukan adanya batuk serta produksi sputum dikarenakan klien sadar dan fungsi organ pernafasan baik sehingga tidak ditemukan adanya akumulasi secret dan tidak terjadi masalah pernafasan.

#### 4.1.3.2 Sistem Kardiovaskuler (B2)

Pada tinjauan pustaka ditemukan klien dengan CVA *Bleeding* didapatkan tekanan darah cenderung meningkat, denyut nadi normal,

CRT <3 detik, akral hangat, S1 dan S2 tunggal, tidak ada suara tambahan.

Pada tinjauan kasus didapatkan tekanan darah 150/100 mmHg, tidak ada nyeri dada, irama jantung regular, pulsasi Ictus Cordis kuat di ICS V midklavikula sinistra, bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, CRT <3 detik, tidak ada cyanosis, tidak ada pembesaran JVP.

Pada sistem Kardiovaskuler tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka. Menurut Wijaya & Putri (2013), bahwa tekanan darah tinggi merupakan salah satu factor resiko yang dapat menimbulkan gangguan pembuluh darah ke otak dan dapat terjadi penurunan kesadaran. Hubungan tekanan darah dengan *CVA Bleeding* yaitu karena semakin tinggi tekanan darah smakin besar terjadi resiko stroke karena saat tekanan darah tinggi akan menekan pembuluh darah dan memaksa jantung berkeja lebih keras, saat pembuluh darah menyempit inilah penyumbatan yang mengakibatkan stroke.

#### 4.1.3.3 Sistem persyarafan (B3)

Pada tinjauan pustaka pada klien *CVA Bleeding* ditemukan, pusing, nyeri kepala berat, kelemahan, kesemutan, kebas pada sisi tertekan seperti mati atau lumpuh. Di samping itu, diperlukan pemeriksaan GCS untuk menentukan tingkat kesadaran klien apakah compos mentis, apatis, delirium, somnolen, sopor, semi koma atau koma.

Pada tinjauan kasus didapatkan kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, klien kooperatif, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudinsky, nyeri kepala, klien merasa pusing. Klien mengatakan saat dirumah tidur siang selama 4 jam dari jam 10.00 sampai jam 14.00, tidur malam selama 9 jam dari jam 20.00 sampai jam 05.00. Pada pemeriksaan nervus cranialis ditemukan adanya gangguan pada nervus XI penurunan fungsi motorik yaitu kelemahan parsial pada bagian tubuh sebelah kanan, selain itu tidak ditemukan kelainan nervus cranialis lainnya.

Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan perbedaan yang signifikan. Hal ini disebabkan karna pada tinjauan kasus dan tinjauan pustaka didapatkan nyeri kepala yang disebabkan karena meningkatnya tekanan darah sehingga terjadi peningkatan tekanan intra kranial.

#### 4.1.3.4 Sistem genetourinaria (B4)

Pada tinjauan pustaka pada klien *CVA Bleeding* ditemukan adanya perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urin. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan bentuk alat kelamin normal, uretra normal, alat kelamin bersih, produksi urin 1200 ml/hr, warna jernih, bau khas urine, tempat yang digunakan urine bag, alat bantu yang digunakan kateter DC.

Tidak terjadikesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada kasus tersebut, pasien dipasang kateter urin karena pasien beresiko mengalami inkontinensia urin. Menurut Wijaya & Putri (2013), bahwa inkontinensia urin yang disebabkan karena kerusakan kontrol

sfingter urin yang mengakibatkan ketidak mampuan untuk mengendalikan kandung kemih.

#### 4.1.3.5 Sistem pencernaan (B5)

Pada tinjauan pustaka pada klien *CVA Bleeding* ditemukan dataterjadi kekurangan pemenuhan kebutuhan nutrisi, hal ini karena terjadinya penurunan nafsu makan, mual dan muntah, kehilangan sensasirasa kecap pada lidah, dan adanya kesulitan menelan.

Pada tinjauan kasus klien tidak mengalami kesulitan menelan,tidak mengalami mual muntah, tidak terjadi perubahan berat badan, nafsu makan selama dirumah sakit baik.

Pada sistem pencernaan terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka. Pada kasus tidak ditemukan masalah pada nervus IX dan Xsehingga tidak ada kesulitan menelan dan tidak terjadi kehilangan rasa kecap pada lidah. Oleh sebab itu tidak ditemukan masalah pada sistem pencernaan.

#### 4.1.3.6 Sistem muskuluskeletal dan integument (B6)

Pada tinjauan pustaka pada klien *CVA Bleeding* ditemukan adanya kelumpuhan atau kelemahan. Tanda-tanda dekubitus karena tirah baring lama, dan kaji kekuatan otot.

Sedangkan tinjauan kasus ditemukan data kemampuan pergerakan sendi dan tungkai : bebas, kekuatan otot ekstremitas kanan (1,2), ekstremitas kiri (5,5). Tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, akral hangat, turgor normal, kembali <3 detik, tidak ada oedema, kebutuhan klien dalam pergerakan kurang, hemiparese pada tubuh

sebelah kanan, semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga seperti makan, minum, dan seka, klien tidak mampu melakukan tugas fisik dan aktivitas seperti perawatan diri secara mandiri, klien diseka sehari sekali oleh keluarganya terkadang tidak diseka, jarang mengganti bajunya karena sulit untuk digerakkan terutama pada ekstremitas yang sakit.

Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus sama-sama terjadi penurunan kekuatan otot dan penurunan dalam melakukan aktivitas harian. Hal ini disebabkan, Menurut Kumalasari (2013), pada penderita stroke mengalami kesulitan berjalan karena gangguan pada kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak, sehingga kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Hambatan ini disebabkan karena adanya gangguan pada neuromuscular.

Kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus adalah Pada tinjauan kasus tidak ditemukan decubitus, hal ini disebabkan karena pasien mampu mobilisasi seperti miring kanan dan miring kiri.

#### 4.1.3.7 Sistem penginderaan (B7)

Pada tinjauan pustaka didapatkan data adanya kerusakan penginderaan seperti pada penglihatan, gangguan indera pengecap, dan gangguan indera pembau (Muttaqin, 2008).

Sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan Mata : pupil isokor, reflek cahaya normal, konjungtiva normal, tidak ada anemis, sklera putih, palpebra normal, tidak ada alat bantu, pergerakan bola mata

normal, ketajaman penglihatan normal. Hidung: mukosa lembab, tidak ada secret, ketajaman penciuman normal. Telinga: bentuk simetris, ketajaman pendengaran normal. Perasa: bisa merasakan rasa pahit, asam, manis dan asin. Peraba: normal

Pada sistem pengindraan terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka. Pada tinjauan kasus tidak ditemukan masalah pada sistem pancaindra, hal ini disebabkan terjadi perdarahan di otak pada bagian bangal ganglia kiri sehingga tidak mengalami kerusakan pada panca indera.

#### 4.1.3.8 Sistem endokrin (B8)

Pada tinjauan pustaka tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar endokrin (Muttaqin, 2008).

Sedangkan tinjauan kasus ditemukan tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran limfe, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak ada hiperglikemia, tidak ada hipoglikemia.

Pada sistem endokrin tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka, dikarenakan pada tinjauan kasus pasien tidak mempunyai riwayat penyakit endokrin seperti diabetes mellitus dan hipertyroid.

## 4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnose keperawatan yang muncul pada pasien *CVA Bleeding* menurut Nurarif & Kusuma (2015) adalah:

4.2.1 Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah : gangguan oklusif, hemorogi, vasospasme serebral, edema serebral

- 4.2.2 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidak mampuan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat paralisis parsial atau total.
- 4.2.3 Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan fungsi motorik otot-otot bicara sekunder akibat cedera *cerebrovascular*.
- 4.2.4 Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekret yang kental atau sekret yang berlebihan.
- 4.2.5 Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat perubahan organ sensori.
- 4.2.6 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan sensasi sekunder akibat cedera *cerebrovascular*.

Sedangkan pada tinjauan kasus hanya ditemukan 3 diagnosa keperawatan yaitu:

- 4.2.1 Hambatan mobilitas ditempat tidur berhubungan dengan ketidak mampuan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat paralisis parsial atau total
- 4.2.2 Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan hipoksia serebral
- 4.2.3 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya akses informasi

Pada diagnose keperawatan ada kesenjangan antara tinjauan kasus dengan tinjauan pustaka. Pada tinjauan kasus muncul diagnose keprawatan hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan ketidakmampuan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat paralisis parsial atau total muncul pada klien karena saat dikaji ditemukan data klien *bedrest* di tempat tidur dan mengalami kelumpuhan pada anggota gerak. Diagnosa keperawatan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan

hipoksia serebral muncul pada klien karena saat pengkajian ditemukan data klien mengatakan mbeliur atau pusing dan ditemukan adanya kelainan pada nervus XI. Diagnosa keperawatan defisit pengetahuan tentang personal hygiene berhubungan dengan kurangnya akses informasi muncul pada klien karena keluarga mengatakan klien jarang diseka dan pada saat ditanya tentang pentingnya personal hygiene pasien dan keluarga mengatakan tidak mengerti tentang personal hygien.

Diagnosa yang tidak muncul pada klien antara lain: Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan fungsi motorik otot-otot bicara sekunder akibat cedera *cerebrovascular* karena tidak ada kelaian pada nervus VII sehingga tidak mengalami pelo atau kesulitan bicara. Diagnosa keperawatan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekret yang kental atau sekret yang berlebihan karena tidak ditemukan adanya akumulasi sekret. Diagnosa keperawatan Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat perubahan organ sensori. Diagnosa keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan sensasi sekunder akibat cedera *cerebrovascular* karena pada pasien tidak mengalami penurunan pristaltik bising usus.

### **4.3 Intervensi keperawatan**

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

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

Pada diagnosa keperawatan hambatan mobilitas ditempat tidur berhubungan dengan ketidakmampuan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat paralisis parsial atau total tidak mengalami kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Hal ini dikarenakan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus sama-sama telah direncanakan tindakan keperawatan yaitu jelaskan kepada klien dan keluarga tentang pentingnya latihan gerak aktif dan pasif, anjurkan klien untuk merubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring) dan sebagainya, ajarkan klien latihan tentang gerak aktif dan pasif, Observasi kemampuan klien dalam mobilisasi, kolaborasi pemberian terapi sesuai dengan kondisi klien

Pada diagnosa keperawatan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan hipoksia serebral tidak mengalami kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Hal ini dikarenakan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus sama-sama telah direncanakan tindakan keperawatan yaitu observasi tingkat kesadaran klien, observasi status neurologis klien, posisikan terlentang / miring kanan dan kiri observasi tanda-tanda vital, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi sesuai kondisi klien :Infus Asering 1000cc/24 jam Injeksi Antrain 2 x 1g Injeksi Citicolin 2 x 250mg Injeksi Calmeco 2 x 500µg

Pada diagnosa keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya akses informasi terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, yaitu pada tinjauan kasus ditambahkan rencana tindakan keperawatan yaitu, jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya personal hygiene, berikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang cara personal hygiene yang benar, ajarkan tentang cara personal hygiene yang benar, observasi tingkat pengetahuan pasien dan keluarga

#### **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.

Pelaksanaan rencana tindakan keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Dalam melaksanakan perencanaan yang telah dibuat ada beberapa hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerima yang baik oleh kepala ruangan dan tim perawat di ruang Krissan kepada penulis.

Pada diagnosa keperawatan hambatan mobilitas ditempat tidur berhubungan dengan ketidakmampuan kekuatan dan ketahanan sekunder

akibat paralisis parsial atau total semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan seperti menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang pentingnya latihan gerak aktif dan pasif : klien mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat dan klien mampu menjelaskan kembali, menganjurkan klien merubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring) dan sebagainya dan berikan bantuan jika diperlukan : dengan menjelaskan bahwa merubah posisi sangat diperlukan untuk mencegah kekakuan tubuh apabila tidak digerakkan. Terdapat kesenjangan antara intervensi dan implementasi pada intervensi ada kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi sedangkan pada implementasi tidak ada kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi dikarenakan diruang krissan tidak ada fisioterapi

Pada diagnosa keperawatan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan hipoksia serebral dikarenakan tidak terjadi peningkatan tekanan intra kranial semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan seperti menganjurkan posisi klien terlentang/miring kanan dan kiri : klien tampak melakukan apa yang dianjurkan oleh perawat, berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi sesuai kondisi klien : Infus Asering 1000cc/24jam, Injeksi Antrain 2 x 1g, Injeksi Citicolin 2 x 250mg, Injeksi Calmeco 2 x 500µg, mengamati tingkat kesadaran klien :mencatat kesadaran klien composmentis GCS 4,5,6, mengamati status neurologis klien : mencatat nervus XI px yang terganggu, mengamati tanda-tanda vital

klien : TD : 150/100mmHg, Nadi : 88x/menit, Suhu : 36,9°C, RR : 22x/menit.

Pada diagnosa keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya akses informasi semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan seperti menlaskan kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya personal hygiene : klien mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat dan klien mampu menjelaskan kembali, Berikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang cara personal higeine yang benar : pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penting personal hygiene, Observasi tingkat pengetahuan pasien dan keluarga : pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

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

Pada akhir evaluasi diagnose keperawatan defisit pengetahuan berhubungan kurangnya akses informasi disimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien teratasi karena sudah sesuaidengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu pengetahuan klien bertambah. Hal ini sesuai

dengan teori menurut Nurarif & Kusuma (2015), bahwa tujuan keperawatan dari diagnose keperawatan deficit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya akses informasi yaitu pengetahuan klien bertambah.

Pada akhir evaluasi diagnose keperawatan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan hipoksia serebraldisimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien tidak terjadi karena masih berupa resiko dan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu tidak terjadi penurunan fungsi serebral. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nurarif & Kusuma (2015), bahwa tujuan keperawatan dari diagnose keperawatan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan hipoksia serebral yaitutidak terjadi penurunan fungsi serebral

Pada akhir evaluasi diagnose keperawatan hambatan mobilitas ditempat tidur berhubungan dengan ketidakmampuan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat paralisis parsial atau total disimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien teratasi sebagian karena hambatan mobilitas fisik membutuhkan waktu yang lama dan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitumampu melakukan ADL ditempat tidur secara mandiri. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nurarif & Kusuma (2015), bahwa tujuan keperawatan dari diagnose keperawatan hambatan mobilitas ditempat tidur berhubungan dengan ketidakmampuan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat paralisis parsial atau totalyaitu mampu melakukan ADL ditempat tidur secara mandiri

Pada akhir evaluasi semua tujuan dan kriteria hasil dapat dicapai karena adanya kerja sama yang baik antara perawat dan klien serta keluarga klien dan tim kesehatan lainnya. Hasil evaluasi pada Ny.H belum sesuai dengan harapan karena ada satu masalah yang teratasi sebagian dan klien dianjurkan KRS, penulis memberikan beberapa informasi terkait kesehatan klien, diantaranya :

4.5.1 Memberikan instruksi spesifik tentang obat dan efek sampingnya

4.5.2 Mengajarkan tentang teknik memberi makan dan kebutuhan nutrisi

4.5.3 Mengajarkan pada pasien olahraga

4.5.4 Mengenali gejala – gejala yang ditimbulkan penyakit

## BAB 5

### PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada Klien dengan diagnosa medis *CVA Bleeding* di ruang rawat inap Krissan RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada Ny. H dengan diagnosa medis *CVA Bleeding*.

#### 5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada Klien dengan diagnosa medis *CVA Bleeding*, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

- 5.1.1 Fokus pengkajian pada Ny.H adalah pada sistem persarafan dan sistem muskuloskeletal. pada sistem persarafan didapatkan data kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, tidak ada nyeri kepala. Pada sistem muskuloskeletal dan integumen didapatkan kemampuan pergerakan sendi dan tungkai : bebas, kekuatan otot ekstremitas kanan (1,2), ekstremitas kiri (5,5). Tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, akral hangat, turgor kembali < 3 detik, tidak ada oedema, kebutuhan klien dalam pergerakan kurang, klien sulit untuk berpindah, klien tidak menunjukkan mampu mobilisasi, semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga.
- 5.1.2 Diagnosa keperawatan prioritas pada pasien meliputi : Hambatan mobilitas ditempat tidur, Defisit pengetahuan, Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

- 5.1.3 Pada tiga diagnosa prioritas yang muncul pada pasien dilakukan melalui dua jenis tindakan yaitu tindakan mandiri keperawatan dan tindakan kolaborasi dengan dokter.
- 5.1.4 Semua tindakan yang diimplementasikan kepada klien sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan oleh perawat. Pada diagnosa hambatan mobilitas ditempat tidur berhubungan dengan ketidakmampuan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat paralisis parsial atau total dibutuhkan pelaksanaan selama 3 hari. Pada diagnosa keperawatan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan hipoksia serebral dibutuhkan pelaksanaan selama 2 hari. Pada diagnosa keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya akses informasi dibutuhkan pelaksanaan selama 1 hari.
- 5.1.5 Dari ketiga diagnosa prioritas yang terjadi pada Ny, H didapatkan satu masalah teratasi, satu masalah teratasi sebagian dan satu masalah yang tidak terjadi. Kondisi Ny. H sudah cukup baik dari sebelumnya sehingga Ny. H dianjurkan untuk KRS.

## **5.2 Saran**

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

- 5.2.1 Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien *CVA Bleeding* dengan baik

- 5.2.2 Pelayanan keperawatan di rumah sakit hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar melakukan asuhan keperawatan klien dengan *CVA Bleeding* dengan baik
- 5.2.3 Bagi peneliti hasil penelitian ini dapat dijadikan salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada Ny.H dengan *CVA Bleeding*
- 5.2.4 Bagi profesi kesehatan sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada Ny.H dengan *CVA Bleeding*.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Bararah, Vera Vara. (2012). *Cara Keliru Yang Sering Dilakukan Saat Menolong Orang Stroke*. Diperoleh dari situs <http://m.detik.com>. Diakses pada tanggal 10 Agustus 2019 pukul 19.30 WIB
- Brunner & Suddarth, (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2*. Jakarta: EGC.
- Carpenito, Lynda J. (2007). *Rencana Asuhan dan Pendokumentasian Keperawatan*. Alih Bahasa Monica Ester. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Doenges et al. (2009). *Rencana Asuhan Keperawatan Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Doenges, Marilyn E. 2012. *Rencana Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Jakarta: Prestasi Pustaka Publisher
- Erfansyah. (2013). *Makalah Asuhan Keperawatan*. Diperoleh dari situs <http://erfansyah.blogspot.com>. Diakses pada tanggal 8 Agustus 2019 pukul 10.00 WIB
- Feigin. V. (2009). *Stroke, Panduan Bergambar Tentang Pencegahan dan Pemulihan Stroke*. Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Populer.
- Fitriani. S. (2017). *Promosi Kesehatan. Edisi 1*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Junaidi, Iskandar., 2011. *Stroke Waspada Ancamannya*. Yogyakarta: ANDI
- Maulana, H. D. J. (2009). *Promosi Kesehatan*. Jakarta : EGC.
- Makhrudy, Husein. (2013). *CVA Bleeding*. Diperoleh dari situs <http://huseinmakhrudy.blogspot.com>. Diakses pada tanggal 12 Agustus 2019 pukul 19.45 WIB
- Muttaqin, Arif. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Neurologi*. Jakarta: Salemba Medika.

- Nilawaty, Cheta. (2012). *Menusuk Jari Pasien Stroke Tidak Efektif*. Diperoleh dari situs [Gaya.tempo.co/read/news](http://Gaya.tempo.co/read/news). Diakses pada tanggal 9 Mei 2017 pukul 08.10 WIB
- Nurarif, Amin Huda dan Kusuma, Hardhi. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta: Mediacion.
- Nurhassanah, Dewi. (2013). *Klasifikasi, Analisis, Dan Diagnosa Data Keperawatan*. Diperoleh dari situs <http://digilib.unimus.ac.id>. Diakses pada tanggal 10 agustus 2019 pukul 13.00 WIB
- Pudiasuti. (2011). *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta. Nuha Medika
- Ratnan, Lusi. (2014). Bab 1 Pendahuluan. Diperoleh dari situs <http://digilib.unimus.ac.id>. Diakses pada tanggal 18 agustus 2019 pukul 15.00 WIB
- Riskesdas. 2018. *Laporan HasilRiset Kesehatan Dasar*. Diperoleh dari situs <http://www.depkes.go.id>. Diakses pada tanggal 10 Agustus 2019
- Satyanegara. (2012). *Ilmu Bedah Saraf edisi IV*. Tangerang: Gramedia Pustaka Utama
- Sismadi, S. Dr. (2005). *Lupus & Stroke*. Jakarta : Sagung Seto.
- Setiono, Wiwing. (2014). *Laporan Pendahuluan Stroke Hemporogik*. Diperoleh dari situs <http://lpkeperawatan.blogspot.com>. Diakses pada tanggal 20 Agustus 2019 pukul 13.00
- Sulistyowati, Ririn. 2009. *Pengertian Proses Keperawatan*. Diperoleh dari situs <http://proseskeperawatan.blogspot.com>. Diakses pada tanggal 14 Agustus 2019 pukul 20.00 WIB
- Suzanne, C. S. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Wijaya, Andra S. dan Yessie Mariza P. 2013 *KMB 3 Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika

Wulan, Nawang. (2011). *Pandangan Keliru Masyarakat Tentang Stroke*. Diperoleh dari situs <http://popodori.blogspot.com>. Diakses pada tanggal 12 Juli 2019

World Health Organization. 2015. Diperoleh dari situs [https://www.who.int/mental\\_health/neurology/neurological\\_disorders\\_report\\_wb.pdf](https://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_wb.pdf). Diakses pada tanggal 7 Juni 2019 pukul 13.00

Riska, Ayu (2016). *Asuhan keperawatan pada klien ny. K dengan diagnosa medis suspect cva bleeding di ruang krissan rsud bangil*. Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Lampiran 1

***INFORMED CONSENT***

**Judul :ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS CVA BLEEDING DI RUANG KRISAN RSUD BANGIL PASURUAN.**

Tanggal pengambilan studi kasus 30 Desember 2019

Sebelum tanda tangan dibawah ini, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan setudi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **ANIK AMILA** 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 Nyonya H

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.

Partisipan

  
(.....)

Saksi

  
(.....)

Peneliti



(Anik Amila)

## Lampiran 2



**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 : 36/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.	Anik Amila	1701054	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis CVA Bleeding

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 Sulistyowati, S. Kep, M. Kes

## Lampiran 3



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

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



Pasuruan, 9 Januari 2020

Nomor	: 445.1/102.21/424.072.01/2020	Kepada	
Lampiran	: -	Yth.	Direktur Akademi Keperawatan
Hal	: Persetujuan Pengambilan		Kerta Cendekia
	Data		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 KTI Mahasiswa atas nama:

Nama : ANIK AMILA  
NIM : -  
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosis Medis CVA Bleeding di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk melakukan Pengambilan Data Awal di RSUD Bangil selama 1 (satu) minggu terhitung mulai tanggal 8 – 11 Januari 2019.

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Melaporkan diri kepada petugas di lokasi pengambilan data.

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

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



**DIDIK MARIYONO, SKM.**

Penata Tingkat I

NIB. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada :

1. Kepala Inst. Rekam Medik RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan

## SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik : Personal Hygiene  
Sasaran : Pasien dan keluarga pasien  
Tempat : Diruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan  
Hari/Tanggal : Sabtu, 18 Januari 2020  
Waktu : 30 Menit

---

### I. Tujuan Instruksional

#### a. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mengikuti penyuluhan diharapkan Klien dan keluarga dapat mengetahui tentang personal hygiene

#### b. Tujuan Instruksional Khusus

1. Menjelaskan Pengertian Personal Hygien
2. Menjelaskan macam-macam personal hygiene
3. Menjelaskan Faktor – faktor yang mempengaruhi Personal Hygien
4. Menjelaskan Dampak yang timbul pada masalah Personal Hygien

#### c. Sasaran

Keluarga Ny.H

#### d. Materi

( Terlampir)

#### e. Media

Leaflet

#### f. Metode

Ceramah dan Tanya jawab

#### h. Kegiatan Penyuluhan

Waktu	Tahap kegiatan	Penyuluhan	Sasaran
5 menit	Pendahuluan	a. Membuka acara dengan mengucapkan salam kepada keluarga	Menjawab salam
		b. Memperkenalkan diri kepada keluarga	Memperhatikan penyuluh
		c. Menyampaikan topik	Mendengarkan penyuluh

		maksud dan tujuan penkes kepada keluarga d. Kontrak waktu untuk kesepakatan pelaksanaan penkes kepada keluarga	menyampaikan topik dan tujuan  Menyetujui kesepakatan waktu pelaksanaan penkes
15 menit	Kegiatan inti	a. Mengenali kemampuan keluarga tentang materi yang akan disampaikan b. Memberikan penjelasan tentang materi yang akan diberikan kepada keluarga dengan menggunakan leaflet c. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya d. Memberikan pertanyaan kepada sasaran tentang materi yang sudah disampaikan penyuluh	Menyampaikan pengetahuannya tentang materi penyuluhan  Mendengarkan penyuluh menyampaikan materi  Bertanya tentang materi yang telah diberikan  Menjawab pertanyaan
5 Menit	Penutup	a. Menyimpulkan dan mengklasifikasi materi penyuluhan yang telah disampaikan kepada sasaran b. Membuat perencanaan dari materi yang telah disampaikan c. Menutup acara dan mengucapkan salam serta terima kasih kepada sasaran	Mendengarkan  Menyepakati perencanaan tindak lanjut  Mendapatkan penyuluh menutup acara dan menjawab salam

## II. Evaluasi

### Kriteria evaluasi

#### 1. Evaluasi struktur

- Laporan telah dikorinasi sesuai rencana
- 60% peserta menghadiri

- Tempat, media, dan alat penyuluhan sesuai rencana
2. Evaluasi proses
- Peran dan tugas mahasiswa sesuai dengan rencana
  - Waktu yang dilaksanakan sesuai dengan perencanaan
  - 70% peserta aktif dalam kegiatan
  - 70% peserta tidak meninggalkan ruangan

3. Evaluasi hasil

Peserta mampu :

- a. Menyebutkan Pengertian Personal Hygien
- b. Menyebutkan macam-macam personal hygien
- c. Menyebutkan Faktor – faktor yang mempengaruhi Personal Hygien
- d. Menyebutkan Dampak yang timbul pada masalah Personal Hygien

Daftar pustaka

Potter dan Pery. 2006. *Fundamental Keperawatan*. Jakarta:EEG

Mukono.2010. *Prinsip Dasar Kesehatan Lingkungan*. Surabaya

Soenarko, Juli. 2006. *Kesehatan Lingkungan*. Yogyakarta : Gajah Mada University Pres

Sjarifudin, et al. 2006. *Konsep Dasar Keperawatan Komunitas*. Jakarta : EGC

## LAMPIRAN MATERI

### PERSONAL HYGIENE

#### A. Pengertian Personal Hygiene

Personal Hygiene (kebersihan perorangan) adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Pemeliharaan hygiene perorangan diperlukan untuk kenyamanan individu, Keamanan dan kesehatan. Seperti pada orang sehat mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya sendiri, sedangkan pada orang sakit atau kelainan fisik memerlukan bantuan perawat untuk melakukan praktik kesehatan yang rutin

#### B. Jenis – Jenis Personal Hygiene

##### 1. Perawatan Kulit Rambut dan Kepala

Penampilan dan kesejahteraan seseorang sering tergantung dari cara penampilan dan perasaan mengenai rambutnya.

##### 2. Perawatan Mata

Pembersian mata biasanya dilakukan selama mandi dan melibatkan pembersihan dengan washlap bersi yang dilembabkan kedalam air.

##### 3. Perawatan Hidung

Pembersian hidung biasanya dilakukan dengan mengangkat sekresi hidung secara lembut dengan tisu lembut.

##### 4. Perawatan Telinga

Bersihkan telinga dengan menggunakan washlap yang dilembabkan, dirotasikan ke daun telinga dengan lembut.

##### 5. Perawatan Kuku Tangan dan Kaki

Potong kuku tangan dan kaki yang pendek dn memperhatikan sudut-sudutnya

#### 6. Perawatan Genitalia

Bersihkan menggunakan air

#### 7. Perawatan Kulit Seluru Tubuh

Mandi 2 kali sehari menggunakan air dan sabun

#### 8. Perawatan Kebersihan Mulut

Menggosok gigi sehbis mandi dan berkumur sehabis makan

### C. Tujuan Personal Hygiene

1. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang
2. Mencega penyakit
3. Menciptakan keindahan
4. Meningkatkan rasa percaya diri

### D. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Personal Hygiene

1. Body image
2. Prakyk social
3. Status sosisal- ekonomi
4. Pengetahuan
5. Budaya
6. Kebiasaan seseorang
7. Kondisi fisik

## Kebersihan Diri (Personal Hygiene)



Oleh :

**ANIK AMILA**

**1701054**

**Prodi DIII Keperawatan**

**Akper Kerta Cendekia**

**Sidoarjo**

**2020**

### Apa Kebersihan diri itu?

Suatu Upaya untuk memelihara kebersihan tubuh dari ujung rambut sampai dengan ujung kaki

### Jenis-Jenis Kebersihan Diri

- Kebersihan rambut dan kulit kepala
- Kebersihan mata, telinga dan hidung
- Kebersihan gigi dan mulut
- Kebersihan kuku tangan dan kaki

- Kebersihan daerah genitalia dan sekitar anus
- Kebersihan pakaian

### Apa Sih Pentingnya Kebersihan diri itu ?

Kebersihan diri merupakan langkah awal mewujudkan kesehatan individu. Melalui tubuh yang bersih kemungkinan terjadinya penyakit yang diakibatkan oleh tubuh yang

kotor dapat diminimalisir /  
dicegah

### **Tanda tanda Seseorang Kurang Perawatan diri**

- ✓ Penampilan dekil
- ✓ Badan bau
- ✓ Rambut kotor dan banyak ketombe
- ✓ Kuku panjang dan kotor
- ✓ Kulit dipenuhi dengan penyakit jamur, koreng, dll

### **Kerugian akibat tubuh yang kotor**

- ❖ Badan gatal-gatal dan mudah terkena penyakit kulit
- ❖ Rambut dipenuhi ketombe atau kutu
- ❖ Penampilan tidak rapi dan badan bau tidak sedap
- ❖ Sumber penyakit : Kuku yang kotor dan panjang, telinga yang kotor, gigi dan mulut yang bau

### **Tujuan Personal Hygiene**

- ✓ Meningkatkan derajat kesehatan seseorang

- ✓ Mencegah penyakit
- ✓ Menciptakan keindahan
- ✓ Meningkatkan rasa percaya diri

### **Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Personal**

- Body image
- Praktek sosial
- Status sosial- ekonomi
- Pengetahuan
- Budaya
- Kebiasaan seseorang
- Kondisi fisik

