

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEREBRO VASCULAR ACCIDENT (CVA) INFARK (Di Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo)

by ITS Kes ICMe Jombang

Submission date: 18-Sep-2025 04:04PM (UTC+0900)

Submission ID: 2720160577

File name: MUHAMMAD_ABDILLAH_MUBAROKUL_UMAM.docx (764.75K)

Word count: 12000

Character count: 79512

KARYA ILMIAH AKHIR

**⁶ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CEREBRO VASCULAR*
*ACCIDENT (CVA) INFARK***

(Di Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo)



Oleh :

**MUHAMMAD ABDILLAH MUBAROKUL UMAM
246410017**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS ²³FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2025**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

³⁶ *Cerebro Vascular Accident* (CVA) atau stroke merupakan salah satu penyakit dengan angka kejadian yang terus meningkat setiap tahun, baik ¹³ di dunia maupun di Indonesia. Stroke menjadi penyebab utama kecacatan jangka panjang dan termasuk dalam tiga besar penyebab kematian terbanyak secara global. Fenomena yang terlihat di masyarakat maupun rumah sakit menunjukkan bahwa banyak pasien datang dalam kondisi sudah parah, seperti kehilangan kesadaran, kelumpuhan anggota gerak, atau gangguan bicara, yang menunjukkan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang gejala awal stroke dan pentingnya penanganan cepat. Selain itu, stroke juga menimbulkan beban fisik, psikologis, dan ekonomi, baik bagi pasien maupun keluarga (Wulandari, ¹¹ 2020).

Menurut *World Stroke Organization* (2022) secara global, lebih dari 12,2 juta atau satu dari empat orang di atas usia 25 akan mengalami stroke atau lebih dari 101 juta orang yang hidup saat ini, lebih dari 7,6 juta atau 62% stroke iskemik baru setiap tahun. Lebih dari 28% dari semua kejadian stroke adalah perdarahan intraserebral, 1,2 juta perdarahan subarachnoid. ¹³ Menurut data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 per 1.000 penduduk. Stroke juga merupakan salah satu penyakit katastrofik dengan pembiayaan tertinggi ketiga setelah penyakit jantung dan kanker, yaitu mencapai Rp5,2 triliun pada 2023. Prevalensi kejadian stroke di Jawa Timur pada tahun 2021 adalah 12,4%, yang masih di atas rata-rata nasional. Prevalensi ini berarti setiap 1000 penduduk Jawa Timur, terdapat 12,4 orang yang mengalami stroke.

Berdasarkan data yang diperoleh di RSUD RT Notopuro Sidoarjo pada data 1 tahun terakhir terdapat 1.254 orang dengan kasus penyakit *Cerebro Vascular Accident* (RSUD Sidoarjo, 2024).

¹ Stroke memberikan dampak kerusakan otak atau kecacatan dimana anggota tubuh mengalami kelemahan (hemiparese) ataupun paralisis anggota tubuh (hemiplegia). Seseorang yang mengalami kedua hal tersebut dapat mengalami ketidakmampuan dan ketergantungan dalam melakukan aktivitas (Dewi et al., 2020). Stroke harus segera ditangani karena periode emas stroke hanya sekitar 4,5 jam setelah serangan stroke berlangsung karena dalam 1 menit sekitar 32 ribu sel dapat mati dan jika dibiarkan selama 1 jam maka diperkirakan 120 juta sel mati sehingga dampak yang terjadi semakin besar. Penanganan penyakit stroke adalah stabilisasi pernapasan, pengendalian peningkatan TIK, pengobatan serta tindakan pembedahan untuk menghentikan perdarahan. Selain pengobatan pemeriksaan penunjang juga harus segera dilakukan untuk melihat perluasan kerusakan organ pembuluh darah (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Stroke membutuhkan perawatan dan pengobatan dalam jangka panjang sehingga dampak penanggannannya sangat besar. Adapun Stroke adalah kondisi yang menyebabkan kecacatan parah sehingga perawatan paliatif sangat dibutuhkan oleh penderita untuk meningkatkan kualitas hidup penderita. Penyakit stroke yang lambat ditangani akan menyebabkan berbagai komplikasi. Adapun komplikasi yang dapat ditimbulkan oleh stroke adalah hipoksia jaringan. Hipoksia jaringan akibat stroke menyebabkan gangguan hemodinamik serta penurunan saturasi oksigen sehingga terjadi peningkatan tekanan intrakranial akibat ketidakadekuatan perfusi jaringan. Perfusi serebral dapat diperbaiki dengan pemberian posisi elevasi kepala

untuk memperbaiki hemodinamik pasien. Posisi elevasi kepala 30° adalah cara memposisikan kepala seseorang sekitar 30° dari tempat tidur dengan posisi tubuh sejajar dan keadaan kaki lurus tidak menekuk (Yetmiliana, 2023). Pemberian elevasi kepala 30° juga didukung oleh beberapa penelitian yang dilakukan oleh Ariani (2024) bahwa tindakan ini dapat mempengaruhi kestabilan haemodinamik serta terbukti dapat menurunkan tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial. Selain itu ada juga penelitian yang dilakukan oleh Pertami (2021) dimana didapatkan hasil pengaruh yang signifikan posisi Head Up 30° pada perubahan tekanan intrakranial seseorang. Hal ini dikarenakan dengan pemberian elevasi posisi kepala 30° dapat menghambat aliran darah serebral ke otak pada pasien dengan Stroke Hemoragik. dijelaskan pula dalam posisi telentang disertai elevasi kepala Head Up 30° menunjukkan aliran balik darah dari bagian inferior menuju ke atrium kanan cukup baik karena resistensi pembuluh darah dan tekanan atrium kanan tidak terlalu tinggi, sehingga volume darah yang masuk (venous return) ke atrium kanan cukup baik dan tekanan pengisian ventrikel kanan (preload) meningkat, yang dapat mengarah ke peningkatan stroke volume dan cardiac output.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana ⁶Asuhan Keperawatan pada Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Rumah Sakit Umum Daerah Raden Tumenggung Notopuro Kabupaten Sidoarjo?

²⁶ 1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisa Asuhan Keperawatan pada Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Rumah Sakit Umum Daerah Raden Tumenggung Notopuro Kabupaten Sidoarjo

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengkajian⁶ asuhan keperawatan pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Rumah Sakit Umum Daerah Raden Tumenggung Notopuro Kabupaten Sidoarjo.
- b. Mengidentifikasi diagnosa⁶ asuhan keperawatan pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Rumah Sakit Umum Daerah Raden Tumenggung Notopuro Kabupaten Sidoarjo.
- c. Mengidentifikasi intervensi⁶ asuhan keperawatan pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Rumah Sakit Umum Daerah Raden Tumenggung Notopuro Kabupaten Sidoarjo.
- d. Mengidentifikasi implementasi⁶ asuhan keperawatan pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Rumah Sakit Umum Daerah Raden Tumenggung Notopuro Kabupaten Sidoarjo.
- e. Mengidentifikasi evaluasi⁶ asuhan keperawatan pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Rumah Sakit Umum Daerah Raden Tumenggung Notopuro²⁵ Kabupaten Sidoarjo.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi semua kalangan diantaranya sebagai berikut:

1. Manfaat bagi Institusi Pendidikan

Sebagai referensi dan bahan kajian ilmiah dalam pengembangan ilmu keperawatan, terutama dalam penatalaksanaan kasus pasien dengan stroke infark. Karya tulis ini juga dapat dijadikan bahan pembelajaran bagi mahasiswa keperawatan lainnya.

2. Manfaat bagi Rumah Sakit (RSUD Sidoarjo)

Memberikan masukan dan gambaran mengenai pentingnya penerapan asuhan keperawatan³⁴ yang sesuai pada pasien dengan penurunan kapasitas adaptif intrakranial, sehingga dapat menunjang kualitas pelayanan keperawatan yang lebih baik.

3. Manfaat bagi Profesi Keperawatan

Sebagai bahan informasi dan evaluasi terhadap penerapan proses keperawatan pada pasien CVA infark, serta sebagai acuan dalam pengambilan keputusan klinis berbasis evidence-based practice dalam pelayanan keperawatan neurologi.

4. Manfaat³⁵ bagi Pasien dan Keluarga

Meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga tentang kondisi medis yang dialami serta pentingnya peran keperawatan dalam proses pemulihan, sehingga dapat mendorong partisipasi aktif dalam perawatan dan rehabilitasi.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsepp Dasar Penyakit *Cerebro Vascular Accident (CVA)* Infark

2.1.1 Pengertian

Menurut definisi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), stroke adalah disfungsi otak yang terjadi secara tiba-tiba akibat sirkulasi darah otak yang tidak normal, disertai gejala dan tanda klinis fokal dan sistemik, berlangsung selama lebih dari 24 jam atau dapat mengakibatkan kematian. Semakin tua, Orang berusia di atas 40 tahun, semakin besar risiko terkena stroke (Imran et al., 2020). Stroke adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif cepat, berupa defisit neurologis fokal dan atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian dan disebabkan oleh gangguan peredaran otak (Markus 2019). Stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis fokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam tanpa tanda-tanda penyebab non vaskuler, termasuk didalamnya tanda-tanda perdarahan subaraknoid, perdarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri (Mutiarasari, 2019).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Megga (2021), klasifikasi stroke berdasarkan patologiinya dibagi menjadi dua jenis, yakni :

1. CVA Iskemik (CVA Infark)

CVA Iskemik merupakan tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan berhentinya aliran darah ke otak secara sebagian ataupun keseluruhan, penyumbatan juga dapat terjadi dimanapun pada jalur pembuluh darah arteri yang

menuju otak. Stroke non hemoragik ini biasanya berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, pada kasus stroke jenis ini tidak mengalami pendarahan dan pada umumnya pasien dengan kasus stroke non hemoragik memiliki kesadaran yang baik, namun stroke iskemik dibagi menjadi tiga bagian:

a. Transient Ischemic Attack (TIA)

Merupakan gangguan neurologis fungsional yang mendadak dan terbatas pada wilayah vaskular dan biasanya berlangsung kurang dari 15 menit dengan resolusi lengkap selama 24 jam. Terdapat berbagai penyebab, tetapi pada umumnya disebabkan karena suplai darah sementara yang tidak memadai untuk suatu wilayah fokus otak. TIA bukan suatu gangguan yang jinak dan hampir sepertiga pasien akhirnya akan memiliki infark serebral (sekitar 20% dalam waktu 1 bulan kejadian CVA berawal dari TIA).

b. Trombosis Serebri

Hampir separuh insiden CVA Infark trombosis jenis CVA ini ditandai dengan penggumpalan darah pada pembuluh darah yang mengarah menuju otak. Biasa disebut dengan serebral trombosis. Proses trombosis dapat terjadi di dua lokasi yang berbeda, yaitu pembuluh darah besar erat kaitannya dengan aterosklerosis, sedangkan trombosis pada pembuluh darah kecil biasanya dialami oleh penderita hipertensi.

c. Emboli Serebri

Merupakan jenis CVA dimana penggumpalan darah bukan terjadi pada pembuluh darah otak melainkan pada pembuluh darah yang lainnya. Kebanyakan insiden terjadi karena trombosis pada pembuluh darah jantung. Pasokkan darah dari jantung yang kaya oksigen dan nutrisi ke otak adalah faktor utama yang menjadi penyebabnya.

2. CVA Hemoragik

CVA hemoragik merupakan jenis stroke yang ditimbulkan oleh pendarahan ke dalam jaringan otak (disebut hemoragia intra serebrum atau hematoma intra serebrum) atau disebut juga pendarahan ke dalam ruang subarakhnoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut hemoragia subarakhnoid atau hematoma subarakhnoid). Pada jenis stroke hemoragik dibedakan menjadi dua yakni:

a. Pendarahan intraserebral

Pendarahan yang terjadi di dalam otak, yakni pada ganglia batang otak pada umumnya serta pada otak kecil dan otak besar, jenis kasus ini yang menimbulkan akibat fatal, karena sebagian pasien pada penderita kasus stroke jenis ini mengalami penanganan tindakan wajib operasi bahkan tidak dapat diselamatkan.

b. Pendarahan subaraknoid

Pendarahan subaraknoid terjadi diluar otak, yaitu pada pembuluh darah yang berada di bawah otak atau diselaput otak. Perdarahan tersebut menekan otak sehingga suplai darah ke otak berhenti. Ketika darah yang berasal dari pembuluh darah yang bocor bercampur dengan cairan yang ada dibatang atau 17 selaput otak, maka darah akan menghalangi aliran cairan otak sehingga menimbulkan tekanan. CVA hemoragik subaraknoid paling sering terjadi pada penderita hidrosefalus.

2.1.3 Etiologi

1. Thrombosis serebral

Thrombosis merupakan pembentukan gumpalan darah (trombus) yang tidak normal dalam pembuluh darah. Thrombosis serebral ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia pada jaringan otak yang dapat menimbulkan edem dan kongesti disekitarnya. Thrombosis rentan terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur, hal ini akibat oleh penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemia serebral. Tanda dan gejala neurologis sering memburuk pada 48 jam setelah thrombosis, keadaan yang dapat menyebabkan thrombosis otak antara lain:

a. Ateroklerosis

Menumpuknya lemak, kolesterol, dan zat lain dalam dan di dinding arteri, timbunan plak kolesterol di dinding arteri dapat menghalangi aliran darah. Sehingga dapat terjadi oklusi akut arteri jika gumpalan plak mengalami perpecahan.

b. Hiperkoagulasi Pada Polissitemia

Sindrom pengentalan darah adalah keadaan klinis dimana mudah terjadi penggumpalan darah pada keadaan normal penggumpalan darah terjadi sebagai mekanisme untuk menghentikan perdarahan. Pada kondisi tidak normal penggumpalan darah terjadi berlebihan sehingga dapat membahayakan tubuh.

c. Arteritis (Radang Pada Arteri)

Peradangan pada pembuluh darah arteri di dalam dan disekitar kulit kepala, penyebab peradangan pembuluh darah tidak diketahui dalam beberapa kasus, pembengkakan hanya mempengaruhi bagian arteri dengan bagian pembuluh normal berada di antaranya.

d. Emboli

Kondisi ketika benda atau zat asing seperti gumpalan darah atau gelembung gas tersangkut dalam pembuluh darah dan menyebabkan penyumbatan pada aliran darah.

2. Hemoragi

Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi akibat dari pecahnya pembuluh darah pada otak yang merupakan pembesaran darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan sehingga otak membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga infark otak edema dan mungkin herniasi pada otak.

a. Hipokssia Ummum

Beberapa penyebab yang tergolong dalam hipoksia umum diantaranya hipertensi, henti jantung-paaru, turrunya currah jantung karena ritmia

b. Hipoksia Setempat

Beberapa penyebab yang tergolong dalam hipoksia umum diantaranya spasmme arteri serebral yang disertai perdarahan subaraknoid dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren.

(Syah, Pujiyanti, and Widyantoro 2019)

2.1.4 Patofisiologi

Infark adalah defisitnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luas pada infark bergantung terhadap faktor-faktor seperti halnya lokasi, volume besarnya pembuluh darah, dan sirkulasi kolateral yang tidak adekuat pada area yang disuplai akibat tersumbatnya pembuluh darah. Suplai darah ke otak bisa berubah seperti (lebih cepat atau lambat) terhadap gangguan lokal (emboli, trombus, perdarahan dan spasma vaskuler) atau karena gangguan umum (akibat gangguan paru dan jantung terjadi hipoksia).

² Atherosklerotik yang merupakan sebagai faktor yang cenderung penting bagi otak, trombus yang dapat berasal dari plak aterosklerotik atau bekuan darah pada area yang mengalami stenosis. dimana terjadi turbulensi yaitu melambatnya aliran darah (Sholeh, 2019). Otak sangat membutuhkan oksigen dan tidak bisa meniadakan oksigen, jika aliran darah pada setiap otak melambat karena emboli dan trombus maka otak mengalami kekurangan oksigen menuju jaringan otak. Satu menit otak tidak diberi pasokan oksigen maka

bisa menyebabkan kehilangan kesadaran, tetapi jika hal tersebut berlangsung lama maka akan menyebabkan nekrosis mikroskopis neuron, area nekrotik atau infark.¹² Setelah serangan pertama CVA Infark juga bisa berkelanjutan dengan terjadinya edema serebral akibat penumpukan bekuan darah, plak dan atheroma plak lemak sehingga terjadi peningkatan tekanan intrakranial. Tergantung pada daerah dan luasnya otak yang mengalami obstruksi (Sholch, 2019)

2.1.5 Manifestasi Klinis

Kehilangan motorik CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) adalah penyakit otak neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol voluntar terhadap gerakan motorik, misalnya:

1. Hemiplegia (Paralisis pada salah satu sisi tubuh)
2. Hemiparesis (Kelemahan pada salah satu sisi tubuh)
3. Menurunnya tonus otot abnormal

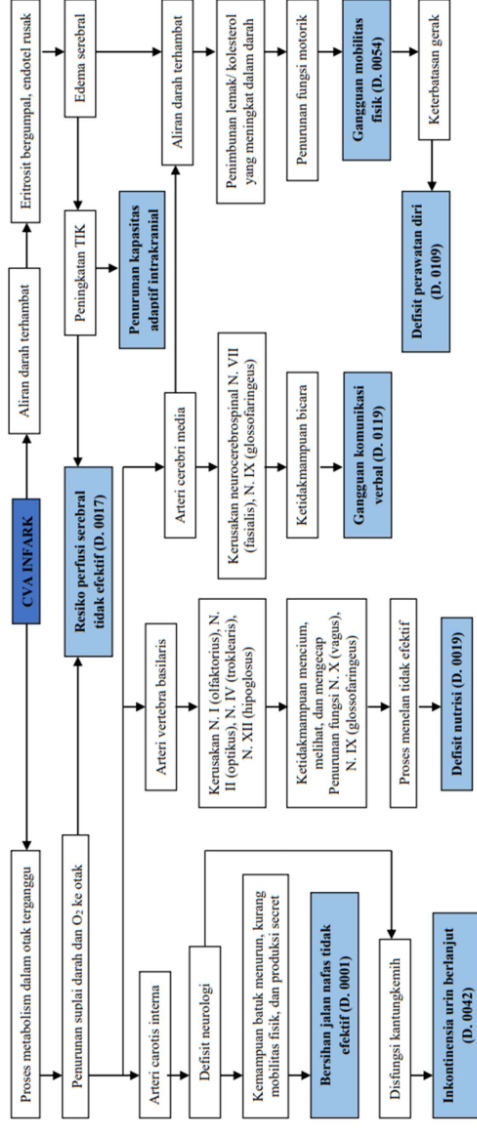
Kehilangan komunikasi fungsi otak yang dipengaruhi oleh CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) adalah bahasa dan komunikasi, misalnya:

- a. Disartria, yaitu kesulitan berbicara yang ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
- b. Disfasia atau afasia atau kehilangan bicara yang terutama ekspresif atau afektif. Apraksia yaitu ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya.

Gangguan persepsi

- 1) Hemianopia hemianopsia, yaitu kehilangan setengah lapang pandang dimana sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis.
- 2) Amorfosintesis, yaitu keadaan dimana cenderung berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan mengabaikan sisi atau ruang yang sakit tersebut.
- 3) Gangguan hubungan visual spasia, yaitu gangguan dalam mendapatkan hubungan dua atau lebih objektif dalam area spasial.
- 4) Kehilangan sensoris, antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh (Kehilangan proprioseptik) sulit menginterpretasikan stimulasi visual, taktil auditorius (Mega, 2021)

2.1.6 Pathway



Sumber : (Ariyanti, 2019) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017).

Gambar 1 Kerangka Masalah CVA Infark

2.1.7 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan non farmakologis

- a. Posisi kepala dan badan diatas 20-30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Boleh dimulai mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil.
- b. Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/menit.
- c. Kandung kemih yang penuh dikosongkan dengan kateter.
- d. Suhu tubuh harus dipertahankan.
- e. Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terdapat gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun. dianjurkan pemasangan NGT.
- f. Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi.

2. Penatalaksanaan farmakologis

- a. Trombolitik (streptokinase). Anti platelet/anti trombotik (asetosal, ticlopidin, clostazol dipiridamol)
- b. Antikoagulan (heparin)
- c. Hemorrage (pentoxifylin)
- d. Antagonis serotonin (nifedipin)
- e. Antagonis kalsium (nifedipin, piracetam)

3. Penatalaksanaan Khusus

- a. Atasi kejang (antikonvulsan)
- b. Atasi tekanan intrakranial yang tinggi dengan manitol, gliserol, furosemide, intubasi, steroid dll)

c. Attasi dekommpresi (krraniotomi)

d. Untuuk penatallaksanaan ffaktor risiiko, (1) attasi hippertensi (antti hipertennsi) (2) attasi hiiperglikemia (antihiperglikemia) (3) attasi hipperurisemia (antti hipperurisemia) (Wijaya dan Putri, 2019)

2.1.8 Pemeriksaan Diasnotik

Pemeriksaan diagnostik padda passien Cerebro Vascular Accident (CVA)

Infarkk (Price dkk, 2005 dalam sholeh (2019):

a. Labboratorium.

b. Padda pemeriksaan pakett strokke: viskositas darah padda klienn adda peningkatan VD >5,1 cp. testt aggresi trombosit (TAT), asam arachidonic (AA), platelet activating facctor (PAF), fibrinogen.

c. Anallisis laborratorium standartt mencaakup urinallis, HDL CVA Infarkk mengallami penurrunan HDL diibawah normall 60 mg/dl. Lajju enndap darah (LED) padaa passien CVA berttujuan mengukurr kecepatan sell darah mengendapp, dallam ttabung darah LED yyang ttinggi menunjukkan adanya rradang.

d. Pemeriksaan sinarr x thorakks dapatt mendetekksi pembesarran jjantung (kardioogenal).

e. Ultrasonnografi (USG) karoiss: evaluasii standartt untut mendetekksi gangguann alliran darah karottis dann kemungkinan memperbaiki kausaa strokke.

f. Angioggrafi serebrum membantu menentukan penyebab darii strokke secara sspesifik seperti lesii ulseratif, stenosis, dispplosia fibbraomuskuler, ddan pembentukan tthrombus di pembuluh darah besarr.

2.1.9 Komplikasi

Menurut Wijaya dan Putri (2019), komplikasi Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark adalah:

1. Berhubungan dengan immobilisasi pada stroke
 - a. Infeksi pernafasan
 - b. Nyeri yang berhubungan dengan daerah yang tertekan
 - c. Konstipasi
 - d. Tromboflebitis
2. Berhubungan dengan mobilisasi
 - a. Nyeri pada daerah punggung
 - b. Dislokasi sendi
 - c. Berhubungan dengan kerusakan otak
 - d. Epilepsi
 - e. Sakit kepala
 - f. Kraniotomi
 - g. Hidrosefalus

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan CVA Infark

2.2.1 Pengkajian

a. Identitas

Meliputi umur, kebanyakan terjadi pada usia tua 40 tahun keatas (Imran et al., 2020), jenis kelamin, menurut penelitian di Amerika Serikat jenis kelamin perempuan lebih rentan terkena penyakit stroke (Kathryn M. Rexrode et al, 2020), pendidikan (pekerjaan yang memiliki tekanan tinggi dapat memicu stress dan menjadikan seseorang rentan terkena stroke. (Tarwoto, 2021)

b. Keluhan Utama

Keluhan yang didapatkan adalah kelemahan gerak sebelah badannya, bicaranya pelop, dan tidak dapat berkomunikasi. Biasanya terdapat nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, dan gangguan kesadaran (Tarwoto, 2021).

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan CVA infark biasanya berlangsung mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. CVA infark ini diawali dengan nyeri kepala, mual, muntah, kejang sampai tidak sadar diri, kelumpuhan sepihak badan, dan gangguan fungsi otak yang lain (Tarwoto, 2021).

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya hipertensi, DM, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan Obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, Obat adiktif, kegemukan (Tarwoto, 2021).

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus. atau ada riwayat stroke dari generasi terdahulu.

f. Pengkajian Psikososial Spiritual

CVA memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas dan pikiran pasien dan keluarga. Penderita stroke infark mengalami rasa cemas akan ketakutan mengalami kecacatan, ketidakmampuan berkomunikasi yang memunculkan perasaan yang tidak berdaya dan perasaan putus asa (Tarwoto, 2021).

g. Pemenuhan Kebutuhan Dasar

1. Aktivitas

Pada pasien stroke infark akan mengalami kesulitan dalam beraktivitas karena terjadi kelumpuhan badan sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi dan fleksi. Pasien juga akan mengalami gangguan pada kemampuan aktivitas yang menurun akibat dari peningkatan tekanan intrakranial yang menyebabkan vertigo dan nyeri kepala (Tarwoto, 2021).

2. Nutrisi

Pemenuhan nutrisi pada pasien stroke tidak adekuat karena pasien mengalami mual, muntah, akibat peningkatan tekanan intrakranial dan edema serebri serta kesulitan menelan yang diakibatkan karena kerusakan saraf pada nervus IX (Tarwoto, 2021). Hal inilah yang menyebabkan kebutuhan nutrisi menjadi tidak terpenuhi (Black, J. M. & Hawks, 2022).

3. Eliminasi

Pasien biasanya akan mengalami inkontinensia urin berlanjut (Padila, 2022). Inkontinensia bladder sering terjadi hal ini terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder (Tarwoto, 2021).

4. Hygiene personal

Defisit perawatan diri dapat terjadi karena pasien tidak mampu menjangkau dengan lengan yang lemah sampai tingkat bergantung penuh pada orang lain. Pasien dengan paralisis lengkap dan penurunan kognitif tidak dapat melakukan perawatan diri. Pada awalnya pasien yang mengalami CVA akan membutuhkan bantuan yang cukup berarti pada aktivitas perawatan diri, termasuk mencuci, makan, dan berpakaian (Black & Hawks, 2020).

h. Pemeriksaan Fisik

1. Sistem pernapasan

Pasien dengan CVA kemampuan batuknya akan menurun, kurang mobilitas fisik, dan produksi sekret yang berlebih sehingga mengakibatkan terjadinya penumpukan sekret yang mengakibatkan jalan nafas juga terhambat. Selain itu (Padila, 2021) juga menambahkan bahwa peningkatan TIK akan mengakibatkan nafas irregular.

2. Sistem Sirkulasi

Jika terjadi peningkatan TIK yaitu tekanan intrakranial maka akan terjadi perubahan tanda vital diantaranya adalah nadi rendah, tekanan nadi melebar, serta peningkatan suhu tubuh (Padila, 2021) Peningkatan tekanan darah juga merupakan salah satu faktor utama terjadinya stroke (Black, J. M. & Hawks, 2022).

3. Sistem persarafan

Pada pemeriksaan tingkat kesadaran dilakukan pemeriksaan yang dikenal sebagai Glasgow Coma Scale (GCS) untuk mengamati pembukaan kelopak mata, kemampuan bicara, dan tanggapan (gerakan), Pemeriksaan GCS meliputi :

Tabel 2. 1 Pemeriksaan GCS pada pasien CVA Infark

TEST	REAKSI	SKOR
Mata (Eye)	Mem buka mata spontan	4
	Mem buka mata karena perintah	3
	Mem buka mata dengan rangsangan nyeri	2
	Tidak ada respon	1
Motorik (M)	Mematuhi perintah	6
	Melokalisasi nyeri	5
	Menghindari nyeri	4
	Fleksibilitas abnormal	3
	Ekstensi abnormal	2

	Tidakk aada mrespon	1
Verbal (V)	Berbiicara dengan benar	5
	Bingung	4
	Katta-katta tidakk sessuai	3
	Suarra ttidak jellas	2
	Tidakk adda	1

Nilai Normal

Skor 14-15 : commpos menttis

Skor 12-13 : appatis

Skor 10-11 : summnolent

Skor 8-9 : sttupor

Skor 6-7 : ssemi coma

Skor 6-5 : coma

Sumber : (J. M. Black & Hawks, 2022)

4. Sistem perkemihan

Disfungsi pada sistem pencernaan dan perkemihan. Saraff mengiriim pesann konndisi kandungg kemiih yangg penuh ke ottak, tapii ttidak mengarrtikan pesann inii ddengan benarr ddan ttidak menerruskan pesann untuk tidakk mengeluarkan urin kee kanddung kemmih sehingga dapat mengakibatkan inkontinensia urin (Black, J. M. & Hawks, 2022).

5. Sistem pencernaan

Strok bisa menyebabkan disfungsi pada sistem pencernaan. Terkadang klien dengan tipe neurologis akan mengalami ketidakmampuan mencium, melihat, dan mengecap rasa makanan. Hal ini akan mengurangi nafsu makan yang menjadi gangguan pada proses pencernaan pasien (Black, J. M. & Hawks, 2022).

6. Sistem musculoskeletal

Pada penderita CVA infark akan kesulitan melakukan aktivitas karena terjadi penurunan fungsi motorik dan kelemahan salah satu anggota gerak (Tarwoto, 2021).

7. Sistem integumen

Pada penderita stroke infark perlu dilakukan pengkajian adanya decubitus, warna kulit, dan turgor kulit. Hal ini dikhususkan jika pasien harus berbaring total selama beberapa hari di rumah maupun di rumah sakit, karena berbaring terlalu lama di tempat tidur akan menimbulkan lesi/decubitus (Black, J. M. & Hawks, 2022).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan kapasitas aktif intrakranial b.d. edema serebral (D.0066)
2. Gangguan mobilitas fisik b.d. gangguan neuromuskular (D.0054)
3. Gangguan komunikasi verbal b.d. gangguan neuromuskular (D.0119)
4. Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d. obstruksi aliran darah serebral (D.0017)
5. Defisit nutrisi b.d. disfagia dan penurunan kesadaran (D.0019)
6. Inkontinensia urin berlanjut b.d. kerusakan neurologis (D.0042)
7. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d. hipersekresi jalan napas (D.0001)
8. Defisit perawatan diri b.d. hemiparesis (D.0109)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 2 Intervensi Asuhan Keperawatan

N o	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Penurunan Kapasitas Addaktif Intrakranial (D.0066)	Kapasitas Adaptif Intrakranial (L.06049)	Manajjemen Peningkatan Tekanann Intrakraniall (1.06194)
	Gejala dann Tannda Mayorr :	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x...	Obbservasi 1. Iddentifikasi penyyebab peningkattan TIK (mis. llesi, gangguann mettabolism, edemma serebbbral) 2. Monittor ttanda dan gejala peningkattan TIK (mis. ttekanan darrah meninggkatt, ttekanan naddi mellebar, bradikarrdia, polla nappas iregulerr, kesadarran menurunn) 3. Monittor MAP (Meean Arterrial Pressurre) 4. Moniitor CVP (Centrall Venouss Pressurre) 5. Monittor PAWP, <i>jjika perlu</i> 6. Monittor PAP, <i>jjika perlu</i> 7. Monittor ICP (Intra Craniall Pressurre) 8. Monittor gellombang ICP 9. Monittor statuss pernapasan 10. Monittor inntake dann outputt cairann 11. Monittor cairann serebbro- sppinalis (mis. Warrna, konnsistensi
	<i>Subjektif :</i> 1. Sakitt kepala <i>Objektiff :</i> 1. Tekaanan daerah meninggkatt dengann ttekanan nadii (pullse pressurre) melebbbar. 2. Brradikardia 3. Polla naffas ireguler 4. Tinggkat kesadarran 5. Resson puppil melambatt attau tidakk samma 6. Reflek neurologgis tterganggu	dengan kriteria hasil : 1. Sakit kepala menurun (1- 5) 2. Tekanan darah membaik (1- 5) 3. Gelisah menurun (1- 5) 4. Muntah menurun (1- 5) 5. Bradikardia membaik (1- 5) 6. Pola nafas membaik (1- 5) 7. Respon pupil membaik (1- 5) 8. Reflek neurologis membaik (1- 5) 9. Tekanan intrakranial	Terrapeutik 12. Menimalkan stimullus dengann menyediakaan llingkungan yyang tenangg 13. Beriikan possisi <i>semmi flower</i> 14. Hindarii manuver vallsava 15. Cegah terjadinya kejang 16. Hinndari peenggunaan PEEP 17. Hinndari pemmberian cairan IV hipotoniik 18. Attur ventilator aggar PaCO2 optimall 19. Perrtahankan suhuu ttubuh normmal Edukasi
	Gejala ddan Tannda Miinor :		
	<i>Subjektif :</i> (tidakk terrsedia) <i>Objektiff :</i> 1. Gellisah 2. Aggitasi 3. Munttah (tanppa diserttai muall) 4. Tampakk lessu/llemah 5. Funggsi kognitiff terganggu		

	7. Kelemahan menurun (1-5)	
	8. Gerakan terbatas menurun (1-5)	
3. Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)	Komunikasi Verbal Meningkat (L.13118)	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (L.13492)
Gejala dan Tanda Mayor :	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x... jam, maka komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil:	Observasi
Subjektif : (tidak tersedia)		1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
Objektif :		2. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis; memori, pendengaran, dan Bahasa)
1. Tidak mampu berbicara atau mendengar		3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
2. Menunjukkan respon tidak sesuai		4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi
Gejala dan Tanda Minor :	1. Kemampuan berbicara meningkat (1-5)	Terapeutik
Subjektif : (tidak tersedia)		5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)
Objektif :	2. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (1-5)	6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
1. Afasia	3. Afasi menurun (1-5)	7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
2. Disfasia	4. Pelo menurun (1-5)	8. Ulangi apa yang disampaikan pasien
3. Apraksia	5. Gagap menurun (1-5)	9. Berikan dukungan psikologis
4. Disleksia		10. Gunakan juru bicara, jika perlu
5. Disatria		Edukasi
6. Afonia		11. Anjurkan berbicara perlahan
7. Dislalia		12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan
8. Pello		
9. Gagap		
10. Tidak ada kontak mata		
11. Sulit memahami komunikasi		
12. Sulit mempertahankan komunikasi		
13. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh		
14. Tidak mampu menggunakan		

ekspresi wajah atau tubuh		5 fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
15. Sulit menyusun kalimat		Kolaborasi
16. Verbalisasi tidak tepat		13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
17. Sulit mengungkapkan kata-kata		
18. Disorientasi orang, ruang, waktu		
19. Defisit penglihatan		
20. Delusii		
4. Resiko Perfusion Serebral Tidak Efektif (D.0017)	Perfusion Serebral Meningkat (L.02014)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (L.06194)
Gejala dan Tanda Mayor : Subjektif : Objektif :	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x... jam, maka perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat (1-5) 2. Sakit kepala menurun (1-5) 3. Gelisah menurun (1-5) 4. Tekanan arteri rata-rata (mean arterial pressure/MAP) membaik (1-5) 5. Tekanan intra kranial	Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (mean arterial pressure) (LIHAT: Kalkulator MAP) 4. Monitor CVP (central venous pressure) 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor ICP (intra cranial pressure) 8. Monitor gelombang ICP 9. Monitor status pernapasan 10. Monitor intake dan output cairan 11. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) 17 Terapeutik 12. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 13. Berikan posisi semi fowler 14. Hindari manuver valsava 15. Cegah terjadinya kejang 16. Hindari penggunaan PEEP 17. Hindari pemberian cairan IV hipotonik

	membalik (1-5)	16. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal 19. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 20. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 21. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 22. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
5. Defisit Nutrisi (D.0019) Gejala dan Tanda Mayor : <i>Subjektif :</i> (tidak tersedia) <i>Objektif :</i> 1. Berat badan menurun 38% di bawah rentang ideal . Gejala dan Tanda Minor : <i>Subjektif :</i> 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun <i>Objektif :</i> 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare	Status Nutrisi Membaik (L.03030) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x... jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat (1-5) 2. Berat badan membaik (1-5) 3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik (1-5) 4. Nafsu makan membaik (1-5) 5. Bising usus membaik (1-5) 6. Frekuensi makan membaik (1-5)	Manajemen Nutrisi (L.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 16. Ajarkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu

6. Inkontinensia Urin Berlanjut (D.0042)	Kontinensia Urin Membaik (L.04036)	Kateterisasi Urin (L.04148)
Gejala dan Tanda Mayor :	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x... jam, maka kontinensia urin membaik, dengan kriteria hasil:	Observasi 1. Periksa kondisi pasien (mis: kesadaran, tanda-tanda vital, daerah perineal, distensi kandung kemih, inkontinensia urin, refleks berkemih)
<i>Subjektif :</i> 1. Keluarnya urin konstan tanpa distensi 2. Nokturia lebih dari 2 kali sepanjang tidur	1. Kemampuan mengontrol urin meningkat (1-5) 2. Nocturia menurun (1-5) 3. Residu volume urine setelah berkemih menurun (1-5) 4. Dribbling menurun (1-5) 5. Hesitancy menurun (1-5) 6. Enuresis menurun (1-5) 7. Kemampuan menahan pengeluaran urin membaik (1-5) 8. Frekuensi berkemih membaik (1-5)	Terapeutik 2. Siapkan peralatan, bahan-bahan, dan ruangan tindakan 3. Siapkan pasien: bebaskan pakaian bawah dan posisikan dorsal rekumben (untuk Wanita) dan supine (untuk laki-laki) 4. Pasang sarung tangan 5. Bersihkan daerah perineal atau preposium dengan cairan NaCl atau aquades 6. Lakukan insersi kateter urin dengan menerapkan prinsip aseptik 7. Sambungkan kateter urin dengan urin bag 8. Isi balon dengan NaCl 0,9% sesuai anjuran pabrik 9. Fiksasi selang kateter diatas simpisis atau di paha 10. Pastikan urin bag ditempatkan lebih rendah dari kandung kemih 11. Berikan label waktu pemasangan 12. Asuransi kesehatan
<i>Objektif :</i> (tidak tersedia)		Edukasi 13. Jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan kateter urin 14. Anjurkan menarik napas saat insersi selang kateter
Gejala dan Tanda Minor :		
<i>Subjektif :</i> 1. Berkemih tanpa sadar 2. Tidak sadar inkontinensia urin		
<i>Objektif :</i> (tidak tersedia)		

7. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (D.0001)	Bersihan Jalan Napas Meningkat (L.01002)	Latihan Battuk Efektif (L.01006)
Gejala dan Tanda Mayor :	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x... jam, maka bersihan jalan nafas meningkat, dengan kriteria hasil:	Observasi 1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Monitor adanya retensi sputum 3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas 4. Monitor input dan output cairan (mis. jumlah dan karakteristik)
<i>Subjektif :</i> (tidak tersedia) <i>Objektif :</i> 1. Battuk tidak efektif 2. Tidak mampu batuk. 3. sputum berlebihan. 4. Mengi, wheezing dan / atau ronkhi kering. 5. Mekonium di jalan nafas pada Neonatus.	1. Battuk efektif meningkat (1-5) 2. Produksi sputum menurun (1-5) 3. Mengi menurun (1-5) 4. Wheezing menurun (1-5) 5. Dispnea menurun (1-5) 6. Ortopnea menurun (1-5) 7. Sulit bicara menurun (1-5) 8. Sirosis menurun (1-5) 9. Frekuensi napas menurun (1-5) 10. Pola napas menurun (1-5)	Terapeutik 5. Atur posisi semi-fowler dan fowler 6. Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien 7. Buang sekret pada tempat sputum Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 9. Anjurkan Tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik 10. Anjurkan mengulangi Tarik napas dalam hingga 3 kali 11. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik napas dalam yang ke-3 Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu.

8. Defisit Perawatan Diri (D.0109)	Perawatan Diri Meningkat (L.11103)	Dukung Perawatan Diri (L.11348)
Gejala dan Tanda Mayor :	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x... jam, maka perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil:	Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan
<i>Subjektif :</i> 1. Menolak melakukan perawatan diri	1. Kemampuan mandi meningkat (1-5)	Terapeutik 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri
<i>Objektif :</i> 1. Tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/makan ke toilet/berhias secara mandiri	2. Kemampuan makan meningkat (1-5)	Edukasi 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
Gejala dan Tanda Minor :	3. Kemampuan makan meningkat (1-5)	
<i>Subjektif :</i> (tidak tersedia)	4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat (1-5)	
<i>Objektif :</i> (tidak tersedia)	5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (1-5)	
	6. Minat melakukan perawatan diri meningkat (1-5)	

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan (implementasi) adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi mencakup melakukan, membantu, atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan asuhan perawatan untuk tujuan yang berpusat pada klien (Potter & Perry, 2019).

Pelaksanaan keperawatan merupakan tahapan pemberian tindakan keperawatan untuk mengatasi permasalahan penderita secara terarah dan komprehensif, berdasarkan rencana tindakan yang telah ditetapkan sebelumnya. Pelaksanaan keperawatan pada CVA Infark dikembangkan untuk memantau tanda-tanda vital, melakukan latihan rentang pergerakan sendi aktif dan pasif.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah suatu proses hasil akhir setelah semua dilakukan dari analisa data, intervensi, implementasi dengan melakukan perbandingan sistematis untuk mengetahui apakah masalah sudah teratasi, teratasi sebagian atau belum sama sekali. Evaluasi menggunakan sistem SOAP (subjektif, objektif, assessment, dan perencanaan) dengan metode ini maka integritas dan evaluasi keluhan yang dialami klien dapat dinilai dan tindakan keperawatan dapat dikatakan berhasil jika klien merasa lebih nyaman, keluhan berkurang, dan klien bisa pulang (Sholeh, 2019).

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan penelitian studi kasus, yaitu suatu penelitian yang dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan serta mengeksplorasi suatu masalah keperawatan melalui batasan terperinci, dengan proses pengambilan data untuk memahami suatu data serta menyertakan berbagai sumber pengalaman dan informasi (Notoatmodjo, 2019). Penelitian pada studi kasus ini bertujuan untuk pengaplikasian yang tepat terhadap klien agar dapat ditemukan kesimpulan dengan menerapkan cara yang efisien untuk pemecahan masalah yang adekuat sehingga membantu merealisasikan sebuah tindakan yang akurat dan efektif. Penelitian studi kasus ini memiliki batasan waktu dan tempat, kasus yang dipelajari juga merupakan peristiwa yang benar terjadi, terhadap aktivitas dan kejadian pada setiap individu.

Studi kasus ini bertujuan untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien yang mengalami CVA Infark di Rumah Sakit Umum Daerah Raden Tumenggung Notopuro Kabupaten Sidoarjo.

3.2 Batasan Istilah

Untuk memberikan gambaran mengenai masalah yang diteliti oleh peneliti, maka peneliti perlu memberikan batasan istilah dalam membatasi makna maupun istilah-istilah yang terkait pada penelitian ini. Penelitian yang dimaksud adalah Asuhan Keperawatan pada Pasien Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark di Rumah Sakit Umum Daerah Raden Tumenggung Notopuro

Kabupaten Sidoarjo. Dalam penelitian studi kasus ini penulis perlu menjelaskan mengenai konsep *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark

3.3 Partisipan

Penelitian studi kasus ini, subjek yang digunakan adalah pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark berjenis kelamin perempuan usia 63 tahun dengan perawatan di hari ke 4 di Rumah Sakit Ummu Da'errah Raden Tumenggung Notopuro Kabupaten Sidoarjo.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Studi kasus ini dilaksanakan di Rumah Sakit Ummu Da'errah Raden Tumenggung Notopuro Kabupaten Sidoarjo mulai pasien MRS (Masuk Rumah Sakit) hingga pulang. Lama waktu disesuaikan dengan keberhasilan target dari tindakan atau minimal 3 hari pasien dirawat.

3.5 Pengumpulan Data

Agar dapat memperoleh data yang sesuai dengan masalah yang digunakan dalam penelitian ini, peneliti sangat perlu melakukan teknik pengumpulan data sebagai berikut :

1. Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data yang dilakukan dengan tanya jawab (dialog) langsung antara pewawancara dengan responden (Anggraini & Saryono, 2019). Wawancara dalam penelitian ini berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit

dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan lain-lain. Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya.

2. Observasi

Observasi adalah pengamatan dapat dilakukan dengan melalui penciuman, penglihatan, pendengaran, peraba dan pengecap. Peneliti melakukan pengamatan atau observasi langsung terhadap subjek penelitian (Aangraini & Suryono, 2019). Kegiatan observasi meliputi mencatat, pertimbangan dan penilaian, observasi dan penilaian fisik dalam studi kasus asuhan keperawatan dengan pendekatan IPPA: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi, pada sistem tubuh klien (Rohman & Walid, 2018).

3. Studi Dokumentasi

Dokumentasi adalah catatan hasil dari pemeriksaan diagnostik dan sumber data lain yang relevan, diantaranya melihat rekam medik, catatan klien & jumlah penelitian, literatur perpustakaan dan buku terutama ada hubungannya dengan *Cerebro Vascular Accident (CVA)* Infark.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data adalah untuk menguji kualitas data dan informasi yang didapat selama penelitian studi kasus berlangsung sehingga menghasilkan data dan informasi dengan validasi yang relevan dan tinggi, selain itu juga merupakan integritas peneliti (instrumen utama adalah peneliti), uji keabsahan data dilakukan dengan :

1. Pengamatan atau tindakan yang diberikan waktu yang panjang
2. Sumber informasi yang didapat dijadikan tambahan data dengan menggunakan metode triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu pasien, keluarga dan perawat yang mempunyai kaitan dengan masalah yang diteliti.

3.7 Analisis Data

Analisa data dilakukan dalam penelitian lapangan ketika pengumpulan data dari pertama sampai pengumpulan data akhir semua terkumpul. Analisa data dapat diamati dengan menyatakan fakta yang ada dan dibandingkan dengan penerapan teori, yang dituangkan pada opini pembahasan. Teknik analisa data yang dilakukan dengan menentukan jawaban yang didapat dari hasil peneliti dengan wawancara yang dilakukan agar rumusan masalah pada penelitian dapat terjawab. Teknik analisis juga dilaksanakan dengan melakukan observasi oleh peneliti dan mendokumentasi setiap hasil data yang diperoleh agar bisa diinterpretasikan dan dibandingkan dengan teori yang ada sebagai acuan untuk memberikan rekomendasi intervensi tersebut. Urutan dalam analisis data tersebut meliputi:

1. Pengumpulan data

Proses pengumpulan data dan studi kasus ini dari hasil WOD yaitu wawancara, observasi, dokumen. Data yang dikumpulkan adalah data pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

2. Mereduksi data

Datta darii setiap hasill wawanncara yangg terrkumpul dilapangan dalamm bentuk cattatan llapangan, yang dijjadikan sattu salinan data daan dikellompokkan menjadi dua datta yaitu datta objektif dan data subjektif kemudian dianalisis dari hasill pemeriksaan diagnostik dann dibbandingkan dengan hasil normall.

3. Penyajian datta

Padda penyajian datta dappat dillakukan dengann menggunakan tabell, bagan, gambarr maupunn tekks naratiff. Segala hal kerahhasiaan pasien sepertti identtitas pasien akann diinisiallkan.

4. Pembahasan

Datta yangg dikumpulkan kemmudian dibahass dan dibanndingkan dengann hasill studi penellitian sebelumnya dann teoriitis untuk perillaku kesehattan.

5. Kesimpulan

Darri setiap datta yyang telah dikumpulkan, kemuddian datta dibahass dann dibandingkann ddengan hasiil-hasil penellitian terdahullu dann secarra teoritas dengann perillaku kesehattan. Penariikan kesimpulan menggunakan mettode induksi. Daata yaang dikumpullkan terkaiit denggan datta pengkajjian, diagnosis, perrencanaan, ttindakan ddan evvaluasi.

3.8 Ettika Penelittian

Ettika penelittian keperawattan merupakan masallah yyang sangatt pentting dallam penelittian studi kasus, mengingatt penelittiann ini berhubungn langsung dengann manussia atau klien, makka penelittian ini harrus di perhatikan ada beberapa etika penelitian yang harus diperhatikan dalam penelitian studi ini

(Nursalam.2019) Dicantumkan etika penelitian yang mendasari penyusunan studi kasus sebagai berikut:

1. *Informed Consent* (surat persetujuan menjadi pasien/responden)

Infomed consent merupakan persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Subjek juga perlu mengetahui tujuan dilaksanakannya penelitian studi kasus, responden memiliki hak bebas untuk menerima ataupun menolak untuk menjadi responden. Pada informed consent dicantumkan bahwa data dan informasi yang telah diperoleh akan digunakan sebagai pengembangan ilmu untuk penelitian.

2. *Anonymity* (menggunakan inisial atau tanpa nama)

Subjek memiliki hak untuk meminta data yang diberikan perlu dirahasiakan.

3. *Confidentially* (kerahasiaan)

Semua informasi atau data yang telah didapatkan dari responden, keluarga atau perawat lainnya dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

4. *Ethical Clearance*

Karena melibatkan partisipan manusia, Komisi Etik Penelitian menilai kelayakan penelitian ini. Komisi Etik ITS KES ICME Jombang menyetujui penelitian dengan nomor 423/KEPK/ITSKES-ICME/VIII/2025.

2 BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambarann Lokassi Pengumpulan Datta

Pengambilan datta paada sttudi kkasus dengan jjudul Assuhan Keperawatan ppada Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark dii Rumahh Sakitt Umum Daerrah Raden Tumenggung Notopuro Sidoarjo. Data diambil di Ruang HCU Graha Delta Husada Rummah Sakitt Umum Daerrah Raden Tumenggung Notopuro Sidoarjo Jll. Mojopahitt Noo. 667, Siidowayah, Cellep, Keec. Sidoarjo, Kabupatten Sidoarjo, Jawa Timurr 61215. Secara umum ruang HCU Graha Delta Husada memiliki dua ruangan yaitu ruangan HCU kelas 1 dan ruangan HCU kelas 2 yang mana pada ruang HCU kelas 1 memiliki kapasitas 5 pasien dan ruang HCU kelas 2 memiliki kapasitas 20 pasien. Berdasarkan data yang diperoleh pada bulan Februari 2025 terdapat 23 pasien yang masuk di ruang HCU Graha Delta Husada dengan diagnosa *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark.

4.1.2 Pengkajian

Tabel 4. 1 Registrasi Pasien

Tanggal Masuk	20 Maret 2025
Jam Masuk	10.00 WIB
Tanggal Pengkajian	24 Maret 2025
Jam Pengkajian	13.00 WIB
No. Rekam Medis	232xxxx

Tabel 4. 2 Identitas

Identitas		
No.	Identitas Pasien	
1.	Nama	Nyy. L
2.	Umur	63 Tahun
3.	Jenis Kelamin	Perempuan
4.	Agama	Islam
5.	Pendidikan	SMP

6.	Pekerjaan	Ibu Rumaah Tanngga (IRT)
7.	Allamat	Sidokepung – Buduran - Sidoarjo
8.	Sttatus Pernikahan	Sudah menikah
No. Penanggung Jawab Pasien		
1.	Namma	Tn. U
2.	Umurr	43 Tahun
3.	Jeniis Kellamin	Lakii Lakii
4.	Agama	Islam
5.	Pendidikkan	SMA
6.	Pekerjaan	Pegawai swasta
7.	Alamat	Sidokepung – Buduran - Sidoarjo
8.	Hubbungan dengann pasiien	Anak

Tabel 4. 3 Riwayat Kesehatan

Riwayat Kesehatan	
1. Keluhan Utama	Tidak terkajji (pasien penurunan kesadaran)
2. Riwayatt Kesehattan Sekarang	Keluarga mengattakan passien mengelluh sakitt kepala 2 harri sebellum dibawa kke rumahh sakitt ddan diipagi hariinya ppasien mengelluh sakitt kepala beratt akibatt ttekanan darrah yangg ttinggi, kemudian pasiien mengalami penurunan kesadaran lalu kelluarga memuttuskan untuk membawanya kke rrumah sakitt padda tanggal 20 maret 2025 jam 10.00 WIB, seminggu sebelumnya pasien juga masukk rumah sakit selama satu minggu. Dan paada saatt dattang di rumahh sakitt GCS pasien E1V1M3 Paada saatt pengkajjian passien masiih mengallami penurrunan kesadarann dengann GCS E3V2M4 (sommollen) TD : 191/111 mmHg, N : 124x/menitt, S : 36,7, RR : 26x/menit, SPO% : 93%, nampak sesak, tterdengar suarra napass tambahan berupa ronchi serta terdapat sputum yang Nampak keluar dari mulut.
3. Riwayat Kesehatan Dahulu	Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi (+) Diabetes (+) Asma (+) sejak 3 tahun yang lalu
4. Riwayatt Kesehatann Kelluarga	Keluargga mengattakan ibu pasien juga memiliki rriwayat penyakitt hipertensi
Pola Fungsi Kesehatan	
No. Nutriisi dann Metabollik	
1. Jeniis diett	SMRS : Pasien makan semua jenis makanan nasi, sayur, ikan/daging MRS : Sonde menggunakan NGT
2. Jumllah porsii	SMRS : 3 kali sehari (habis) MRS : 3 kali sehari (habis)

3.	Naffsu makkan	SMRS : Normal (baik) MRS : Tidak terkaji (pasien penurunan kesadaran)
4.	Kesullitan menellan	SMRS : Tidak ada MRS : px. Menggunakan NGT
5.	Jumllah caiiran/miinum	SMRS : 1,5-2 liter/ perhari MRS : sonde 100cc x 3 dan cairan infus 500ml
6.	Jeniis caiiran	SMRS : Air mineral MRS : Sonde dan cairan infus

7. Data llain

No. Aktivittas dan Lattihan

1.					
	Kemampuann perawattan diiri	0	1	2	3 4
	Makkan/ miinum				√
	Mandii			√	
	Toilleting				√
	Berpakaian			√	
	Berpiindah				√
	Mobilisasi ditempat tidur			√	
	0 : Manndiri				3 : Dibanntu orangg llain dan alatt
	1 : Menggunakan alatt bantu				4 : Terganttung tottal
	2 : Dibanntu orrang				

No. Eliminasi

1.	Polla defekasi	SMRS : 1 x sehari MRS : Spontan dipopok (1 kali x sehari)
2.	Warna feses	SMRS : Kuning kecoklatan MRS : Kuning kecoklatan
3.	Kolostomi	SMRS : Tidak ada MRS : Tidak ada
4.	Pola miksi	SMRS : Spontan ke kamar mandi MRS : Spontan dengan kateter
5.	Warna urin	SMRS : Kuning MRS : Kuning
6.	Jumlah urin	SMRS : Tidak terkaji MRS : 500 cc/ 8 jam
7.	Data lain	

Tabel 4. 4 Pengkajian

Pengkajian	
No.	Vitall Sigg
1.	Tekkanan darrah 191/111 mmHg
2.	Suhhu 36,7
3.	Nadii 124x/menit
4.	RR 26x/menit
5.	SPO2 93%
No.	Keadaan Umum
1.	Kesadaran GCS E3V2M4 (sommolen)
2.	Status gizi Normal
3.	Berat badan 63 Kg
4.	Tinggi badan 160 Cm

5.	Sikap	Pasien penurunan kesadaran
No.	Pemeriksaan Fisik	
	1.) Breathing (B1)	
1.	Bentuk dada	Simetris (tidak ada pembengkakan)
2.	Frekuensi nafas	26x/menit
3.	Kedalaman nafas	
4.	Jenis pernafasan	Pernapasan dada
5.	Retraksi otot bantu	Ada, jenis : otot dada
6.	Irama nafas	Takipneu
7.	Ekspansi paru	Simetris (seimbang kanan dan kiri)
8.	Vokal fremitus	Tidak dikaji (pasien penurunan kesadaran)
9.	Nyeri	Tidak ada
10.	Batas paru	
11.	Suara nafas	Bronchial
12.	Pemeriksaan penunjang	
13.	Data lain	
	2.) Blood (B2)	
1.	Ictus cordis	Teraba di ICS V Midclavikula Sinistra
2.	Nyeri	Tidak ada
3.	Batas jantung	ICS 4-6 Linea Midclavikula
4.	Bunyi jantung	irreguler
5.	Pemeriksaan penunjang	EKG (sinus takikardi)
6.	Data lain :	
	3.) Brain (B3)	
1.	Kesadaran	Somnolen
2.	GCS	E3V2M4 (9)
3.	Reflek fisiologis	Adaa Kanan : Biceps (-), Triceps (-), Luttut (-), Achilles (-) Kiri : Biceps (+), Triceps (+), Luttut (+), Achilles (+)
4.	Reflek patologis	Ada, kaki kanan
5.	Pemeriksaan penunjang :	
6.	Data lain :	
	4.) Bladder (B4)	
1.	Pola miksi	Spontan menggunakan kateter
2.	Warna urin	Kuning
3.	Jumlah urin	500 cc/ 8 jam
4.	Pemeriksaan penunjang	
5.	Data lain	
	5.) Bowwel (B5)	
1.	Bentuk abdomenn	Supple
2.	Pola defekasi	Satu kali sehari
3.	Warna feses	Kuning kecoklatan
4.	Kolostomi	Tidak ada
5.	Bising usus	20x/menit
6.	Pemeriksaan penunjang	Tidak ada
7.	Data lain	Pasien menggunakan popok
	6.) Bone (B6)	
1.	Kekuatan otot	Terbatas
2.	Turgor	Baikk
3.	Odem	Tidak ada

4.	Nyeri	Tidak ada	
5.	Warna kulit	Sawo matang	
6.	Akrall	Hangat	
7.	Siianosis	Tidak ada	
8.	Parrese	Tidak ada	
9.	Allat bantu		
10.	Pemeriksaan penunjang		
11.	Datta lain		
No.	Terapii Medik		
1.	Citicolin 250 mg/IV/12 jam		
2.	Ceftriaxone 1 gr/IV/12 jam		
3.	Amplodipine 10 mg/PO/24 jam		
4.	Ranitidine 50 mg/IV/12 jam		
5.	Sanntagesik 1 gr/IV/12 jam		
6.	Neurobionn 1 amp/IV/24 jam		
7.	Manitoll 5x100 ml		
No.	Pemeriksaan Penunjang		
1.	CT Scan Kepla	Lacunar Infarction Capsula Externa Kiri Sinusitis Maxillaris kiri	
2.	X-ray Thorax AP	Kardiomegali dengan aortosklerosis	
3.	EKG	Sinus Takikardi	
4.	Cek darah lengkap		
	Kimia darah & elektrolit	Hasil	Hasil Rujukan
	1.) WBC (Leukosit)	13.00	4.8-10.8
	2.) RBC (Eritrosit)	5.0	4.2-6.1
	3.) HGB (Hemoglobin)	10.0	12-18
	4.) HCT (Hematokrit)	32.0	37-52
	5.) PLT (Trombosit)	379	150-450
	6.) Gula Darah Sewaktu	110	<140
	7.) BUN	12.6	6-23
	8.) Creatinin	0.8	0.5-0.9
	9.) Natrium	133	137-145
	10.) Kalium	2.9	3.5-5.0
	11.) Chlorida	99	98-107

4.1.3 Anallisa Datta

Tabel 4. 5 Anallisa Datta

No.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS :- DO : - Keadaan umum lemah - Tampak ekspresi pasien meringis dan gelisah - GCS : M4V2E3 (Somnolens) - TTV TD : 191/111 mmHg N : 124x/menitt S : 36,7 RR : 26x/menitt SPO% : 93% - CT Scan Kepala : <i>Lacunar Infarction Capsula Externa Kiri Sinusitis Maxillaris Kiri</i>	Edema Serebral	Penurunan Kapasitas adaptiff intrakraniall (D.0066)
2.	DS :- DO : - Keadaan ummum llemah - Pasien ttampak batuk - Passien tampak sesakk - Tampak sputtum berwarna putih kekuningan - TTV TD : 191/111 mmHg N : 124x/menitt S : 36,7 RR : 26x/menitt SPO% : 93% - Terdapat otot bantu napas - Terdengarr bunyi napas tambahan (rronchi)	Hipersekresi Jalan Napas	Bersiihan Jallan Napass Tidakk Efektiff (D.0001)

4.1.4 Diaggnosa Keperawattan

Tabel 4. 6 Diaggnosa Keperawattan

No.	Diagnosa Keperawatan
1.	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b/d edema serebral
2.	Bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas

4.1.5 Intervensii Keperawattan

Tabel 4. 7 Intervensi Keperawatan

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil : Kapasitas Adaptif Intrakranial Meningkat (L.06049) : 1. Tingkat kesadaran cukup meningkat (5) 2. Sakit kepala cukup menurun (5) 3. Tekanan darah cukup membaik (5) 4. Tekanan nadi cukup membaik (5) 5. Tekanan intrakranial cukup membaik (5)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (L.09325) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, gangguan metabolisme, edema cerebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (tekanan darah meningkat, bradikardia) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) Terapeutik 4. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 5. Beri posisi semi flower 6. Hindari manuverValsalva Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian sedasi dan antioksidan, jika perlu 8. Kolaborasi pemberian diuretik osmotik, jika perlu Pantauan Tekanan Intrakranial (L.06198) Observasi 9. Monitor penurunan frekuensi jantung 10. Monitor irregularitas irama napas 11. Monitor penurunan tingkat kesadaran Terapeutik 12. Pertahankan posisi kepala 30 derajat Edukasi 13. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 14. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
2.	Bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil :	Manajemen Jalan Napas (L.01011) Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

Bersihkan Jalan Nappas Meningkat (L.01001)	2. Monitor bunyi nappas tambahan (mis: gurgling, mengii, wheezing, ronchi kering)
1. Produksi sputum cukup menurun (5)	3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
2. Dispnea cukup menurun (5)	Terapeutik
3. Frekuensi napas cukup membaik (5)	4. Berikan oksigen
4. Pola napas cukup membaik (5)	5. Posisikan semi-flower atau flower
	6. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
	Kolaborasi
	7. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 8 Implementasi Keperawatan

NO. DX	HARI/TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
D.0066	Selasa/25 Maret 2025	08.30	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK - Tanda – tanda vital (TD: 181/112 mmHg, N : 109x/m, RR : 24x/m, S : 36,4, SPO2% : 95%) - GCS E3V2M4 (Somnolens)	Umam
		08.35	Mempertahankan kepala 30 derajat - Posisi kepala pasien tampak 30 derajat	
		08.40	Memonitor MAP - MAP 128,6 mmHg	
		08.45	Kolaborasi pemberian obat - Manitol 100 cc/infus pump - Citicolin 250 mg/IV - Santagesik 1 gr/IV	
D.0001	Selasa/25 Maret 2025	08.50	Kolaborasi pemberian oksigen - Pemberian oksigen NRBM 10 ltr/m	Umam
		08.55	Memonitor pola, irama, dan kedalaman napas - Pasien bernapas cepat - Frekuensi napas 24x/menit - Terdengar suara napas tambahan (ronchi) - Terdengar suara napas gurgling	
		09.00	Melakukan penghisapan lendir	

		09.05	- Melakukan suction selama 15 detik Memonitor sputum	21 Umam
		09.10	- Lendir yang dikeluarkan tampak berwarna putih kekuningan Memonitor saturasi oksigen	Umam
D.0066	Rabbu/26 Maret 2025	15.00	- Saturasi oksigen (SPO2 95%) Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	
			- Tanda-tanda Vital (TD : 170/91 mmHg, N : 100x/menit, RR : 23x/menit, S : 36.5, SPO2 : 97%) - GCS E3V4M4 (Delirium)	Umam
		15.05	Memonitor MAP - MAP 136 mmHg	Umam
		15.10	Mempertahankan kepala 30 derajat - Posisi kepala pasien tampak di 30 derajat	Umam
		15.15	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Ruang tunggu tenang dan kondusif (ruang ICU)	Umam
		15.20	Kolaborasi pemberian obat - Ceftriaxone 1 gr/IV - Neurobionn 1 amp/IV - Santagesik 1 gr/IV - Manitol 100 cc/infus pump - Amploidipine 10 mg/NGT	Umam
D.0001	Rabbu/26 Maret 2025	15.25	Memonitor pola, irama, dan kedalaman napas - Tampak napas cepat - Frekuensi napas 23x/menit - Terdengar suara napas gurgling - Terdengar suara napas tambahan (ronchi)	Umam
		15.30	Melakukan penghisapan lendir - Melakukan suction selama 15 detik	Umam
		15.35	Memonitor sputum - Lendir yang dikeluarkan tampak berwarna putih kekuningan	Umam
		15.40	Memonitor saturasi oksigen - SPO2 97%	Umam
		15.45	Kolaborasi pemberian oksigen - Memberikan oksigen NRM 10 lpm	Umam
D.0066	Kamis/27 Maret 2025	08.00	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK - Tanda-tanda Vital (TD : 168/98 mmHg, N : 99x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,7, SPO2 : 99%) - GCS E3V4M4 (Delirium)	Umam
		08.05	Mempertahankan kepala 30 derajat	Umam

			- Posisii kepala pasienn tampak di 30 derajat	
		08.10	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	21 Umam
			- Ruangan tampak nyaman dan tenang (Ruang HCU)	
		08.15	Memonitor MAP	Umam
			- MAP 118 mmHg	
		08.20	Kolaborasi pemberian obat	
			- Nicardipine 10 ml/syringe pump	Umam
			- Manitol 100 cc/infus pump	
			- Citicoline 250 mg/IV	
D.0001	Kamis/27 Maret 2025	08.25	Memonitor pola, irama, dan kedalaman napas	
			- Tampak kedalaman napas normal	
			- Frekuensi napas 20x/menit	Umam
			- Terdengar suara napas tambahan (ronchi)	
			- Suara napas gurgling berkurang	
		08.30	Melakukan penghisapan lendir	Umam
			- Melakukan suction selama 15 detik	
		08.35	Memonitor sputum	
			- Lendir yang dikeluarkan tampak berwarna putih	Umam
		08.40	Memonitor saturasi oksigen	Umam
			- SPO2 99%	
		08.45	Kolaborasi pemberian obat	
			- Diberikan oksigen NRM 10 ltr/menit	Umam
			- Pemberian nebulizer combiven 2,5 ml	

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 9 Evaluasi Keperawatan

NO. DX	HARI/ TGL	JAM	PERKEMBANGAN	PARAF
D.0066	Selasa/25 Maret 2025	13.30	S : - O: - Pasien tampak meringis - Pasien tampak masih sakit kepala - GCS : M4V2E3 (Somnolens) - Tanda-tanda Vital (TD : 179/95 mmHg, N : 104x/m, RR : 24x/m, S : 36,4, SPO2 : 95%) A : Masallah kapasitas adaptip intracranial belum tertasi P : Intervensi dilanjutkan Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial :	Umam

			- Monitor ttanda/gejala peningkatan TIK - Minimallkan sttimulasi dengann menyediakan llingkungan yang tenang - Perttahankan kepala 30 derajat - Monittor ttingkat kesadarann - Kolabborasi pemberiann obat : - Manitol 100 cc/infus pump - Citicolin 250 mg/IV - Santagesik 1 gr/IV - Oksigen NRBM 10 ltr/menit - Nebulizer combivent	
D.0001	Selasa/25 Maret 2025	13.30	S : - O : - Pasien ttampak sesakk - Pasien ttampak battuk dengann produksi sputum berwarna putih kekuningan - Terdengar bunyi napas tambahan (ronchi) - Tannda-ttanda Vittal (TD : 179/95 mmHg, N : 104x/m, RR : 24x/m, S : 36,4, SPO2 : 95%) A : Masalah bersihan jalan napas bellum tteratasi P : Intervensi dilanjutkan Manajjemen Jallan Naapas : - Monittor polla napaas - Monittor bunnyi napass ttambahan - Monittor sputtum - Beriikan okssigen - Posiisikan semmi-flower - Lakukkan penggisapan llendir 15 dettik	Umam
D.0066	Rabu/26 Maret 2025	21.00	S : - Pasien mengattakan sakitt kepala - Nyerii dikepala bagian atas, seperti ditusuk-ttusuk, skalla nyeri 6, nyerii hilang timbul, O : - Pasien tampak meringis - Masih tampak sakit kepala - Tannda-ttanda Vittal (TD : 173/103 mmHg, N : 98x/m, RR : 23x/m, S : 36,5, SPO2 97%) - GCS : E3V4M4 (Delirium) A : Masallah kapasittas adaptif intracranial terattasi sebggian P : Intervensi dilanjutkan Manajjemen Peningkatan Tekanann Intrakraniall :	Umam

			- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Minimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Pertahankan kepala 30 derajat - Monitor tingkat kesadaran - Kolaborasi pemberian obat : - Citicolin 250 mg/IV - Ceftriaxone 1 gr/IV - Neurobionn 1 amp/IV - Santagesikk 1 gr/IV - Manitol 100 cc/infus pump - Amlodipine 10 mg/NGT - Oksigen NRBM 10 L/m - Nebulizer Combivent	
D.0001	Rabu/26 Maret 2025	21.00	S: Pasien mengatakan sesak berkurang saat menggunakan O2 O: - Sesak berkurang - Pasien tampak batuk dengan produksi sputum berwarna putih - Terdengar suara napas tambahan (ronchi) - Tanda-tanda Vital (TD : 173/103 mmHg, N : 98x/m, RR : 23x/m, S : 36,5, SpO2 97%) A: Masalah bersih jalan napas teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan Manajemen Jalan Napas : - Monitor pola napas - Monitor bunyi napas tambahan - Monitor sputum - Beri oksigen - Posisikan semi Fowler - Lakukan penghisapan lendir 15 detik	Umam
D.0066	Kamis/27 Maret 2025	13.45	S: - Pasien mengatakan sakit kepala berkurang - Nyeri di kepala bagian atas, seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul, O: - Pasien tampak meringis - Sakit kepala berkurang - Tanda-tanda Vital (TD : 141/92 mmHg, N : 96x/m, RR : 22x/m, S : 36,0, SpO2 : 99%) - GCS : M4V4E3 (Delirium)	Umam

			A: Masalah kapasitas adaptif intracranial teratasi Sebagian P: Intervensi dilanjutkan Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial : - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Minimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Pertahankan kepala 30 derajat - Monitor tingkat kesadaran - Kolaborasi pemberian obat : - Nicardipine 10 ml/syringe pump - Manitol 100 cc/infus pump - Citicoline 250 mg/IV - Oksigen NRBM 10 L/m - Nebulizer combivent 2x1	
D.0001	Kamis/27 Maret 2025	13.45	S: Pasien mengatakan sesak berkurang saat menggunakan O₂ O: - Sesak tampak berkurang - Pasien tampak batuk dengan produksi sputum berwarna putih - Terdengar suara napas tambahan (ronchi) - Tanda-tanda Vital (TD : 141/92 mmHg, N : 96x/m, RR : 22x/m, S : 36,0, SpO₂ : 99%) A: Masalah bersih jalan napas teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan Manajemen Jalan Napas : - Monitor pola napas - Monitor bunyi napas tambahan - Monitor sputum - Beri oksigen - Posisikan semi Fowler - Lakukan penghisapan lendir 15 detik	Umam

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral

Hasil studi kasus menunjukkan bahwa secara umum pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS E3V2M4 (soman), perawatan hari ke 4 dengan tekanan darah relatif tinggi 191/111 mmHg, pernapasan 26x/menit. Status gizi pasien adalah normal dengan berat badan 63 kg dan tinggi badan 160 cm. Asupan nutrisi pasien menggunakan cairan infus dan diberikan susu melalui selang NGT.

Cerebro Vascular Accident (CVA) infark terjadi karena adanya penyumbatan pembuluh darah otak oleh trombus atau embolus sehingga aliran darah dan oksigen ke jaringan otak terganggu. Kekurangan oksigen ini menyebabkan kematian sel saraf dan munculnya edema atau pembengkakan jaringan otak di sekitar area infark, karena tengkorak adalah ruang tertutup dan kaku, pembengkakan ini meningkatkan tekanan intrakranial (V.A.R.Barao et al., 2022)

Peneliti beropini pengkajian yang dilakukan oleh perawat menunjukkan bahwa pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E3V2M4) dan tekanan darah 191/111 mmHg, sesuai dengan teori bahwa penyumbatan pembuluh darah otak menyebabkan gangguan aliran darah dan oksigen ke jaringan otak. Hal ini mengakibatkan kematian sel saraf dan edema otak, yang meningkatkan tekanan intrakranial dan menimbulkan penurunan kesadaran. Kondisi tekanan darah yang tinggi kemungkinan merupakan

respon tubuh terhadap kebutuhan perfusi otak yang terganggu akibat infark dan asupan nutrisi pasien masih dipertahankan melalui infus dan selang NGT mengingat status kesadaran yang menurun.

2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersекреksi jalan napas

Hasil studi kasus menunjukkan bahwa berdasarkan pengkajian pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark pasien tidak dapat dikaji karena mengalami penurunan kesadaran, dari hasil pemeriksaan pasien tampak kesulitan bernapas, terdapat nafas cuping hidung, dan nampak sputum berlebih, serta terdapat tambahan suara nafas ronchi.

Menurut Hammad (2020) pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) yang mengalami penurunan kesadaran dapat mengakibatkan pasien kehilangan kemampuan untuk batuk dan menelan, sehingga sekret atau lendir pada saluran nafas bisa menumpuk dan mengganggu jalannya nafas atau obstruksi jalan nafas, maka dari itu harus mendapatkan penanganan seperti dilakukan tindakan suction untuk mengeluarkan sekret-lendir.

Peneliti beropini terdapat adanya kesesuaian dari hasil pengkajian/fakta dengan teori bahwa pasien mengalami kehilangan kemampuan untuk batuk dan menelan, kesulitan bernapas, obstruksi jalan napas, dan terdapat sputum berlebih.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral

Hasil studi kasus mencerminkan bahwa diagnosa keperawatan klien didasarkan pada informasi yang dikumpulkan oleh perawat melalui pengkajian, pemeriksaan fisik, dan hasil pemeriksaan diagnostik. Hasil-hasil ini menunjukkan bahwa klien mengalami dua masalah kesehatan, yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial dan bersihan jalan napas tidak efektif. Dalam konteks masalah ini, perawat menetapkan diagnosis penurunan kapasitas adaptif intrakranial sebagai prioritas utama.

Menurut Partami *et al.* (2020) penurunan kapasitas adaptif intrakranial akibat CVA infark adalah dimana kondisi otak tidak mampu lagi menyeimbangkan peningkatan volume akibat edema serebral, sehingga terjadi peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan penurunan perfusi otak yang memperparah kerusakan neurologis.

Peneliti beropini untuk memprioritaskan diagnosa penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral yang disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah di otak, oleh karena itu aliran darah yang tersumbat dapat menyebabkan terhentinya pasokan oksigen kepada salah satu sisi otak tersebut dan mengakibatkan klien mengalami penurunan kesadaran. Dengan demikian hasil penelitian sesuai dengan teori.

2. Bersihan jalan nappas tiidak efekktif berhubbungan dengann hiipersekresi jalan nappas

Hasil studi kasus mencerminkan bahwa diagnosa keperawatan selanjutnya yang muncull pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark adalah bersihan jalan nappas tiidak efekktif berhubbungan dengann hiperrsekresi jalan nappas. Diagnosa keperawatan tersebut ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian dan keluhan pasien.

Menurut yuniar (2020) bersihan jalan nappas tiidak efekktif menjadi salah satu diagnosa keperawatan yang dapat muncull pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark berhubbungan dengann hiperrsekresi jalan nappas. Diagnosa keperawatan bersihan jalan nappas tiidak efektiif harus memperhatikan gejala dan tanda mayor yaitu, gejala subjektif seperti : Disspnea, sullit berrbicara, ortopnea dan gejala obbjektif seperti : Batukk tiidak efekktif, tiidak mammpu battuk, sputtum berllebih, menngi, wezzing, ronkhi kerring, mekkonium dijalan naffas, gellisah, sianosis, frekuensi nafass menurun, pola nafass berubahh (SDKI, 2018).

Peneliti beropini terdapat kesesuaian dalam menegakkan diagnosa keperawatan ppada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infarkk dengan teori yang ada. Pasien dengan penurunan kesadaran dapat mengakibatkan penurunan reflek menelan, dan batuk tidak efektif hal tersebut dapat terjadi penumpukan secret pada jalan napas, sehingga kondisi ini dapat memunculkan diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif. Penegakkan diagnosa menurut peneliti sudah sesuai dengan teori dan kondisi pasien yaitu terdapat tanda dan gejala mayor seperti : Pasien sulit berbicara,

batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, terdapat ronchi, pola napas berubah, bunyi nafas menurun, frekuensi nafas berubah.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral

Hasil studi kasus, intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu manajemen peningkatan tekanan intrakranial dengan memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (kesadaran menurun) dan mendapatkan hasil tekanan darah 191/111 mmHg, nadi 124x/menit, pernapasan 26x/menit, suhu 36,6, SPO2 93%, dan GCS E3V2M4 (soman) dengan menyertakan intervensi keperawatan pemantauan tekanan intrakranial dengan cara mempertahankan posisi kepala 30 derajat.

Menurut PPNI (2018) menyatakan bahwa intervensi keperawatan yang muncul pada CVA infark dengan masalah keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial adalah manajemen peningkatan tekanan intrakranial yaitu dengan cara identifikasi penyebab peningkatan TIK (edema serebral), monitor tanda/gejala peningkatan TIK (kesadaran menurun), monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), monitor CVP (*Central Venous Pressure*) jika perlu, monitor PAP jika perlu, monitor ICP (*Intra Cranial Pressure*) jika tersedia, monitor CPP (*Cerebral Perfusion Pressure*), monitor gelombang ICP, monitor status pernapasan, minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi flower, hindari manuver valsava,

cegah terjadi kejang, hindarii penggunaann PEPP, hindarii pemmberian cairan IV hipotonikk, attur ventillator agarr PaCO₂ optimal, pertahankann suhu tubuhh normall, kollaborasi pemmberian sedasii dann antikonsulvan jikka perlu, kollaborasi pemberiian diuretik osmosiss jikka perlu, kollaborasi pemberrian pelunakk tinjja jikaa perlu. Pemantaun tekanan intrakraniall (TIK) intervensi yang juga dapat direncanakan paada pasien cva infark dengann masalah keperawatan penurunann kappasitas adaptiif intrakraniial salah satunya dengann metode terapeutik dengan cara mempertahankan posisi kepala 30 derajat.

Peneliti beropini intervensi keperawatan yangg diberikan kepadda pasien yang mengalami pennurunan kappasitas adaptif intrakraniall sudah sesuai dengann teori dan hasil penelitian, yaitu manajjemen peningkatan tekanan inntrakranial dann pemantauann tekanan intrakraniial, sehiingga tidkak ditemukan kesenjangan.

2. Bersiihan jalan napass tidakk efektiff berhubungann dengann hipersekresii jalan napass

Hasil studi kasus, intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien cerebbero vascular accidentt (CVA) infarkk dengann masalah keperawatan bersiihann jalan napass tidakk efektiff yaitu : Manajjemen jalan nafas.

Menurutt PPNI (2018) menyatakan bahwa intervensi keperawatan yangg muncull padaa CVA infarkk dengann masalah keperawatan bersiihan jalan napaas tidakk efektiff adallah manajjemen jalan nafas yaittu denngan cara monittor polla naffas, monittor bunnyi naffas ttambahan, monittor

sputtum, ⁸ pertahankan kepatenan jalan nafas, posisikan semi-flower/flower, berikan minuman hangat, lakukan fisioterapi dada, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan, berikan oksigen, anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, ajarkan batuk efektif, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik.

Peneliti beropini intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan masalah perawatan bersihan jalan napas tidak efektif sudah sesuai dengan teori dan hasil penelitian, yaitu manajemen jalan napas.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral

Hasil studi kasus, implementasi perawatan yang dilakukan yaitu pemantauan tekanan intrakranial menggunakan metode terapeutik dengan cara mempertahankan kepala pasien di posisi 30 derajat.

Menurut Yetmilia (2023) hipoksia jaringan akibat stroke menyebabkan gangguan hemodinamik serta penurunan saturasi oksigen sehingga terjadi peningkatan tekanan intrakranial akibat ketidakadekuatan perfusi jaringan. Perfusion serebral dapat diperbaiki dengan pemberian posisi elevasi kepala untuk memperbaiki hemodinamik pasien. Posisi elevasi kepala 30° adalah cara memposisikan kepala seseorang sekitar 30° dari tempat tidur dengan posisi tubuh sejajar dan keadaan kaki lurus tidak menekuk.

Pemberian elevasi kepala 30° juga didukung oleh beberapa peneliti yang dilakukan oleh Ariani (2024) bahwa tindakan ini dapat mempengaruhi kestabilan haemodinamik serta terbukti dapat menurunkan tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial.

Peneliti beropini implementasi yang dilakukan pada pasien dengan cara mempertahankan kepala pasien di posisi 30 derajat memiliki beberapa manfaat diantaranya adalah mengurangi tekanan intrakranial (TIK), menjaga perfusi serebral, memperbaiki oksigenasi, dan mencegah aspirasi.

2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas

Hasil studi kasus, implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien sudah sesuai dengan intervensi yang dibuat, namun tidak semua tindakan yang direncanakan dapat dilakukan, hanya beberapa tindakan yang dapat diberikan yaitu : Memonitor pola napas, Memonitor bunyi napas tambahan, Memonitor sputum, Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, Melakukan hiperoksigenasi sebelum melakukan penghisapan, Memberikan oksigen, Berkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik. Tindakan yang tidak dapat dilakukan yaitu : menganjurkan asupan cairan 2000 ml/hari dan mengajarkan batuk efektif dikarenakan pasien mengalami penurunan kesadaran.

Menurut Umairi *et al.* (2024) terganggunya aliran darah menuju otak yang mengakibatkan pasien stroke mengalami penurunan kesadaran sehingga tidak mempunyai reflek batuk maka akan

menimbulkan penumpukan sekret di jalan napas. Salah satu penatalaksanaan non-farmakologi yang dapat diterapkan yakni pemberian tindakan *suction*.

Peneliti beropini implementasi yang dilakukan pada pasien dengan cara melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik (*suction*) memiliki beberapa manfaat diantaranya adalah menjaga kepatenan jalan napas, meningkatkan saturasi oksigen dan meminimalisir kejadian kematian sel otak pada pasien stroke hemoragik.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

1. Penurunan kapasiitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral

Hasil studi kasus, evaluasi keperawatan dengan masalah keperawatan penurunan kapasiitas adaptif intrakranial setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam adalah teratasi sebagian dibuktikan dengan keadaan umum pasien membaik, pasien mengalami peningkatan kesadaran meski masih merasa kepala sakit dengan GCS E3V4M4.

Menurut PPNI (2017) menyatakan bahwa evaluasi keperawatan yang muncul pada stroke infark dengan masalah keperawatan penurunan kapasiitas adaptif intrakranial yaitu, kriteria hasil : tingkat kesadaran meningkat, fungsi kognitif meningkat, sakit kepala menurun, gelisah menurun, muntah menurun, agitasi menurun, tekanan darah membaik,

tekanann nadi membaikk, bradikardia menurun, pola napass membaikk, responn pupill membaikk, reflek neurologis membaikk.

Peneliti beropini dari hasil evaluasi dapat dilihat melalui kriteria hasil pada masalah keperawatan penurunann kapasittas adapttif intrakraniall yangg didapatkan berdasarkan kondisi pasiien yaitu keadaan umum membaik, peningkatan kesadaran, tekanan darah membaik. Masalah pasien sudah teratasi sebagian dikarenakan intervensi yang diaplikasikan ke pasien dengan cara mempertahankan kepala pasien di posisi 30 derajat yang bermanfaat untuk menurunkan tekanan intrakranial, serta memonitor tekanan darah dan memonitor tanda-tanda peningkatan TIK.

2. Bersiihan jalan napass tidakk efektiff berhubungann denggan hipersekresii jalann napas

Hasil studi kkasus, evaluasi keperawatan dengan masalah keperawatan bersiihan jalan napas tidakk efektiff setelah dilakukan tindakan keperawatan sellama 3x24 jjam adalah teratasii dibuktikan dengann berkurangnya obstruksi jalan napas, penurunan suara napas tambahan, peningkatan saturasi oksigen, dan sputum berlebih berkurang.

Menurut PPNI (2017) menyatakan bahwa evaluasi keperawatan yang muncul pada stroke infark ddengan masalah keperawatan bersiihann jalan napass tidakk efektiff yaitu, kriteriaa hasil : Produksi sputtum cukup menurun, Dippsnue cukup menurrun, Frekuensii nappas cukup membaikk, Pola nappas cukup membaikk.

Peneliti beropini dari hasil evaluasi dapat dilihat melalui kriteria hasil ppada masalah keperawatan bersiihan jalan nappas tiidak efektiff yangg

didapatkan berdasarkan kondisi pasien yaitu berkurangnya obstruksi jalan napas, penurunan suara napas tambahan, peningkatan saturasi oksigen, dan sputum berlebih berkurang. Masalah pasien sudah teratasi dikarenakan intervensi yang diaplikasikan ke pasien dengan cara penghisapan lendir kurang dari 15 detik (suction) yang bermanfaat untuk membantu membersihkan jalan napas dari lendir dan sekret yang menumpuk akibat refleks batuk yang menurun atau tidak efektif, sehingga mencegah obstruksi jalan napas.

KESIMPULAN DAN SARAN**5.1 Kesimpulan**

1. Pengkajiaan padaa pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) infark sudah tepatt sesuai ddengan pemeriksaan fisiik yangg dilakukan oleh perawatt. Padda pengkajjian iini muncull tannda dann gejala *Cerebro Vascular Accident* (CVA) infark pada pasien, seperti hasil dari CT Scan Kepala (*Lacunar Infarction Capsula Externa Kiri Sinusitis Maxillaris Kiri*), pasien mengallami penurrunan kesadarann, sertta ttekanan darahh pasien meningkatt, ddan punya riwayat hipertensi sebelumnya.
2. Diagnosa keperawattan yangg muncull ppada pasien Nyy. L adalah penurunann kapasiitas adaptiff intrakraniall berhubungan dengan edemma serebrall (D.0066) dan bersiihan jalan napass ttidak efektiff berhubungan ddengan hiipersekresi jalan napass (D.0001).
3. Intervensi keperawattan yangg diberiikan padda pasien *Cerebbro Vascullar Accidentt* (CVA) infarkk sudah sesuai ddengan standart asuhan keperawattan yaitu manajjemen peningkattan ttekanan iintrakranial (I.09325) dan pemanttauan ttekanan intrakraniall (I.06198) untuk diagnosa ke 1, sedangkan untuk diagnosa ke 2 yaitu manajemen jalan napas (I.01011)
4. Implementasi keperawattan ppada pasien *Cerrebro Vascullar Accidentt* (CVA) dilakukan dengan pengamatan, tindakan mandiri, dan kerja sama dengan mengikuti tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan SIKI untuk mencapai sasaran atau target yang diharapkan selama 3x24 jam

5. Evaluasi keperawatan ppada pasiien *Cerebbro Vascullar Accidentt* (CVA) infarkk yang telah dilakukan selama 3 hari 24 jam mendapatkan hasil, keadaan umum membaik, peningkatan kesadaran, tekanan darah membaik ddengan masallah keperawatan penurrunan kapasiiitas adapptif intrakraniall sedangkan pada masallah keperawatan bersiihan jallan nappas ttidak efektiff didapatkan hasill, berkurangnya obstruksi jjalan napass, penurunan suara napas tambahan, peningkatan saturasi oksigen, dan sputum berlebih berkurang.

5.2 Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Diharapkan dapatt menjadii refrensi tambahan dallam pembelajaran mengenai asuhan keperawatan padaa pasiien CVA Infark, khususnya terkait masallah utama yang sering muncul seperti penurrunan kapasiiitas adaptiff intrakraniall.

2. Bagi Perawat di Lahan Klinik

Hasill peneltiian iini diharapkkkan dapatt membantu perawatt dallam memberiiikan asuhann keperawatan yang lebih komprehensif, terstandart, dan berfokus pada kebutuhan pasien dengan CVA infark. Perawat diharap dapat mengaplikasikan elevasi kepala 30 derajat yang mana masih jarang diterapkan.

3. Bagii Penelliti Selanjutnya

Diharappkan penellitian inni dapatt dijjadikan dasarr untukk penellitian lebihh lanjutt dengan cakupan yangg lebih luas, misalnya menilai efektifitas intervensi keperawatan tertentu dalam menurunkan risiko peningkatan TIK pada pasien CVA infark, atau meneliti kualitas hidup pasien pasca stroke setelah dilakukan asuhan keperawatan berkelanjutan.

20 DAFTAR PUSTAKA

- Change, G., Cimino, M., York, N., Alifah, U., Mayssara A. Albo Hassanin Supervised, A., Chinatown, Y., Staff, C., & Change, G. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Lansia Post Cerebrovascular Accident (Cva) Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Di Puskesmas Sawah Lebar Tahun 2021. In *Paper Knowledge. Toward a Media History of Documents* (Vol. 3, Issue 2).
- Change, G., Cimino, M., York, N., Alifah, U., Mayssara A. Albo Hassanin Supervised, A., Chinatown, Y., Staff, C., & Change, G. (2021). Studi Kasus Hambatan Mobilitas Fisik Pada Klien Stroke Infark Di Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo. *Paper Knowledge. Toward a Media History of Documents*, 3(2), 6.
- ²⁴ Hariyogik, Y., Hariyono, R., & Sudarsih, S. (2020). Stroke dan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. 5-28.
- ¹ Irfanudin, M. H., & Nurlaily, A. P. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dalam Pemenuhan Kebutuhan Fisiologis. *Universitas Kusuma Husada Surakarta*.
- ³ Lia, S. (2022). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Tn. E Dengan ²⁸Diagnosa Medis Cva Infark Di Ruang 7 Rspal Dr. Ramelan Surabaya.2003 8.5.2017 2005-הארץ.https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders
- ⁶ Maelani, W. S., Fitriyah, E. T., Camelia, D., & Roni, F. (2022). Kata kunci: *Stroke non hemoragik, ROM pasif, Gangguan mobilitas fisik*. 7(2), 48-54.
- ⁵ Mardiana. (2021). EFEKTIFITAS ROM CYLINDRICAL GRIP TERHADAP PENINGKATAN. (a. w. Ed.) *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Vol.12 No.1* (2021), vol 2, 81-90.
- ² Setyawati, W, 2019, Karya Tulis Ilmiah: Studi Kasus. Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di RSUD Bangil Pasuruan (doctoral Dissertation). Vol-1. Hh 28-34
- Sholeh, N, A, 2019, Asuhan Keperawatan Pada Klien *Cerebral Vascular Accident Infark* Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri Di RSUD Bangil Pasuruan, Doctoral Disertation, Stikes Icme Jombang, vol-1, hh 20-25
- Syaridwa, A. A, 2019. Asuhan Keperawatan pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik, Doctoral dissertation, STikes Kusuma Husada Surakarta, vol-1, hh 32-36
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2021), Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1. Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2021), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2021), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Volkers, M. (2019). Asuhan Keperawatan Ny. S Dengan ³Diagnosis Medis Cva Infark Di Ruang Mirah Rs Phe Surabaya. *Ayan*, 8(5), 55.

¹Irfanudin, M. H., & Nurlaily, A. P. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dalam Pemenuhan Kebutuhan Fisiologis. Universitas Kusuma Husada Surakarta

Lia, S. ³(2022). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Tn. E Dengan ³¹Diagnosa Medis Cva Infark Di Ruang 7 Rspal Dr. Ramelan Surabaya 2005. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders> 8.5.2017 2003-

¹Unnithan, A., Das, J., & Mehta, P. (2023). Hemoragic Stroke. In National Library of Medicine. StatPearls Publishing.

WHO. (2024). Stroke, Cerebrovascular accident. World Health Organization. <https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>

Yetmiliana, M. (2023). Position Head Up Towards Reduction of Blood Pressure in Non-Hemoragic Stroke Patients in The Inpatient Room of Harapan Insan Sendawar Hospital. *Kesans: International Journal* 549-560. 2(8), of Health Science, and <https://doi.org/10.54543/kesans.v2i8.171>

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEREBRO VASCULAR ACCIDENT (CVA) INFARK (Di Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo)

ORIGINALITY REPORT

22%	22%	8%	15%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.stikstellamarismks.ac.id Internet Source	4%
2	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	2%
3	repository.stikeshangtuh-sby.ac.id Internet Source	2%
4	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur III Student Paper	2%
5	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	1%
6	repository.itskesicme.ac.id Internet Source	1%
7	positori.stikes-ppni.ac.id Internet Source	1%
8	pdfcoffee.com Internet Source	1%
9	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	1%

repo.poltekkesbandung.ac.id

10	Internet Source	1 %
11	jurnal.globalhealthsciencegroup.com Internet Source	1 %
12	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur Student Paper	<1 %
13	paudpedia.kemdikbud.go.id Internet Source	<1 %
14	repository.unair.ac.id Internet Source	<1 %
15	positori.ubs-ppni.ac.id Internet Source	<1 %
16	Submitted to Poltekkes Kemenkes Pontianak Student Paper	<1 %
17	Submitted to fpptijateng Student Paper	<1 %
18	j-innovative.org Internet Source	<1 %
19	repository.unmuhjember.ac.id Internet Source	<1 %
20	repository.poltekkes-kdi.ac.id Internet Source	<1 %
21	dsa.su.ac.th Internet Source	<1 %
22	eprints.unisa-bandung.ac.id Internet Source	<1 %

23	Submitted to Ateneo de Manila University Student Paper	<1 %
24	repository.pkr.ac.id Internet Source	<1 %
25	123dok.com Internet Source	<1 %
26	eprints.kertacendekia.ac.id Internet Source	<1 %
27	eprints.poltektegal.ac.id Internet Source	<1 %
28	eprints.unpak.ac.id Internet Source	<1 %
29	Submitted to Poltekkes Kemenkes Sorong Student Paper	<1 %
30	repo.poltekkesdepkes-sby.ac.id Internet Source	<1 %
31	www.europarl.europa.eu Internet Source	<1 %
32	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	<1 %
33	repository.metrouniv.ac.id Internet Source	<1 %
34	Syifa Inayati, Yosi Oktarina, Amd Junaidi. "Penerapan Posisi Head Up 30° pada Pasien Cedera Kepala Post Craniotomy dengan Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial di	<1 %

Ruang ICU RSUD Raden Mattaher Kota Jambi", Malahayati Nursing Journal, 2025

Publication

35	digilib.unisayogya.ac.id Internet Source	<1 %
36	www.scribd.com Internet Source	<1 %
37	akbid-paramithasarifamuzi.blogspot.com Internet Source	<1 %
38	repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source	<1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off