

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI *CEREBRO*
VASKULAR ACCIDENT DENGAN BERSIHAN JALAN
NAPAS TIDAK EFEKTIF DI RUANG HCU
RSUD BANGIL PASURUAN**



**OLEH:
SETIYA DWI RAHAYU
151210028**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2018**

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI *CEREBRO
VASKULAR ACCIDENT* DENGAN BERSIHAN JALAN
NAPAS TIDAK EFEKTIF DI RUANG HCU
RSUD BANGIL PASURUAN



OLEH:
SETIYA DWI RAHAYU
151210028

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2018

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI *CEREBRO
VASKULAR ACCIDENT* DENGAN BERSIHAN JALAN
NAPAS TIDAK EFEKTIF DI RUANG HCU
RSUD BANGIL PASURUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya
Keperawatan(A.Md.Kep) Pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia
Medika Jombang

OLEH:
SETIYA DWIRAHAYU
151210028

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2018

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Setiya Dwi Rahayu
NIM : 151210028
Jenjang : Diploma
Program Study : DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa naskah KTI dengan judul Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Cerebro Vaskular Accident dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan secara keseluruhan benar-benar karya sendiri. Jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap di tindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 8 Oktober 2018
Saya Yang Menyatakan



Setiya Dwi Rahayu
151210028

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Setiya Dwi Rahayu

NIM : 151210028

Jenjang : Diploma

Program Studi : D3 Keperawatan

Menyatakan bahwa naskah KTI dengan judul Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami *Cerebro Vaskular Accident* Dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Di Ruang Hcu RSUD Bangil Pasuruan secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. Jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap di tindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang 8 Oktober 2018

Saya Yang Menyatakan



Setiya Dwi Rahayu

NIM 151210028

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Setiya Dwi Rahayu
NIM : 151210028
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang
Mengalami Cerebro Vaskular Accident
Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Telah disetujui oleh Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi
Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia
Medika Jombang.

Menyetujui Komisi pembimbing

Pembimbing Utama



Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.M.Kep
NIK.04.01.289

Pembimbing Anggota



Siti Rokhani S.SiT.M.Keb
NIK.02.07.083

Mengetahui

Ketua STIKes ICMe



Imam Fathoni, S.KM.,MM
NIK.03 04 022

Ketua Program Studi DIII Keperawatan



Nita Arisanti Y., S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIK.01.09.170

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :


Nama Mahasiswa : Setiya Dwi Rahayu
NIM : 151210028
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami
Cerebro Vaskuler Accident dengan Bersih Jalan
Napas Tidak Efektif

Telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji pada Program Studi
Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia
Medika Jombang.

Menyetujui Komisi Dewan Penguji

Ketua Dewan Penguji : Dr. M.Zainul Arifin Drs.M.Kes



Penguji Utama : Dwi Prasetyaningati,S.Kep.,Ns.,M.Kep ()

Penguji Anggota : Siti Rokhani.,SS.IT.M.Keb



Ditetapkan di : JOMBANG

Pada : April 2018

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Mojokerto, 12 September 1995 dari pasangan Ayah bernama Suprat Setyadi dan Ibu bernama Ngatiyah. Penulis merupakan anak kedua dari dua bersaudara.

Tahun 2002 penulis lulus dari TK Dharma Wanita Gedeg, Mojokerto. Tahun 2008 penulis lulus dari SDN Gedeg Mojokerto. Tahun 2011 penulis lulus dari SMPN 2 Kota Mojokerto. Tahun 2014 penulis lulus dari SMAN 1 Gedeg, Mojokerto. Dan pada tahun 2015 penulis lulus seleksi masuk STIKes “Insan Cendekia Medika” Jombang melalui jalur mandiri. Penulis memilih program studi DIII Keperawatan dari lima bidang studi yang ada di STIKes “Insan Cendekia Medika” Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang, April 2018

SETIYA DWI RAHAYU

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan dengan segala kerendahan hati atas kehadiran Allah Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, dengan judul **“ Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami *Cerebro Vascular Accident* dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan”**

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai salah satu persyaratan guna menyelesaikan program Diploma III Keperawatan STIKes ICMe Jombang. Untuk itu penulis ucapkan terimakasih yang sebesar- besarnya kepada: Ketua STIKes ICMe Jombang, dosen pembimbing I dan dosen pembimbing II atas bimbingan, pengarahan dan bantuan yang telah diberikan, Direktur RSUD Bangil Pasuruan, staf perawat ruang HCU yang telah memberikan ijin dan kesempatan serta fasilitas dalam penelitian, perpustakaan dan sekretariat Program studi Ahli Madya Keperawatan STIKes ICMe Jombang, serta semua responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.

Penulis menyadari dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu apabila ada kritik dan saran dari pembaca demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menerima dengan tangan terbuka. Akhirnya penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi para pembaca umumnya.

Jombang, April 2018

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI *CEREBRO VASKULAR ACCIDENT* DENGAN BERSIHAN JALAN NAPAS TIDAK EFEKTIF DI RUANG HCU RSUD BANGIL PASURUAN

Oleh:

SETIYA DWI RAHAYU

Cerebro Vaskuler Accident atau yang biasa dikenal oleh masyarakat sebagai stroke merupakan tersumbatnya atau terhentinya aliran darah yang menuju ke otak. CVA menjadi salah satu masalah serius yang dihadapi di Indonesia, dikarenakan serangannya yang cepat, mendadak, bahkan dapat menyebabkan kematian. Tujuan dilakukannya penelitian ini yaitu untuk memperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan klien *Cerebro Vaskuler Accident* dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif.

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus, penelitian dilakukan pada 2 klien dengan masalah keperawatan dan diagnosa yang sama yaitu bersihan jalan napas tidak efektif di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan. Dengan menggunakan teknik pengumpulan data yang meliputi wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, serta studi dokumentasi.

Hasil asuhan keperawatan yang diperoleh dari klien 1 dan klien 2 saat pengkajian yaitu data subjektif dan data objektif yang menunjukkan adanya masalah bersihan jalan napas tidak efektif ditandai dengan sesak, penumpukan sekret, serta penurunan kesadaran. Tindakan keperawatan yang dilakukan disesuaikan dengan perencanaan keperawatan yaitu menggunakan NOC Respiratory Status dan menggunakan NIC Airway Management, Respiratory Monitoring, serta Airway Suction.

Kesimpulan yang didapatkan dari intervensi dan implementasi yang sudah dilakukan selama 3 hari oleh peneliti yaitu pada klien 1 dan klien 2 sama-sama masih dalam tahap masalah belum teratasi, tetapi klien 2 mengalami perubahan yang baik karena ronchi sudah berkurang sedangkan pada klien 1 semakin mengalami penurunan kesehatan dikarenakan terdapat faktor penyakit lain yang dialami yaitu hipertensi. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dan menambah ilmu pengetahuan keperawatan terutama dalam memberikan tindakan asuhan keperawatan klien CVA yang sesuai SOP dan efisien.

Kata kunci : *Cerebro Vaskuler Accident*, Asuhan Keperawatan, Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

ABSTRACT

THE NURSING CARE CLIENT WHO HAS CEREBRO VASCULAR ACCIDENT WITH AIRWAY CLEARANCE INEFFECTIVE IN HCU ROOM RSUD BANGIL PASURUAN

By :

SETIYA DWI RAHAYU

Cerebro Vaskuler Accident or people usually know it as a stroke is a congestion or cessation blood flow to the brain. Cerebro Vaskuler Accident becomes one of the serious problem in Indonesia, because its attack is quick, suddenly, and can cause death. The purpose of this research is to get the real experience to implement nursing care client who has Cerebro Vaskuler Accident with airway clearance ineffective.

The research design used is case study, research applied to two clients with the same nursing problem and diagnostic that is airway clearance ineffective in HCU room RSUD Bangil Pasuruan. With used data collection techniques include interviews, observation, physical checking and documentation studies.

The result of nursing care from client 1 and client 2 during assessment obtained subjective and objective data showing the problem is airway clearance ineffective. Marked by shortness, accumulation of secretions, and decreased consciousness. Nursing implementation in accordance with nursing intervention that is using NOC Respiratory Status and NIC Airway Management, Respiratory Monitoring, and Airway Suction.

The conclusion of the intervention and implementation that has been done by the researchers for three days, obtained evaluation on client 1 and client 2 in the same unresolved stage, but client 2 has a better change because ronchi is reduced. While client 1 health declined because there are other factors, that is hypertension. The result of this research are expected to be a reference and add nursing science especially in to giving nursing care to client CVA that fit the SOP and efficiently.

Keywords : Cerebro Vaskuler Accident, The Nursing Care, Airway Clearance Ineffective

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

Kill them with your success, then bury them with a smile.

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim

Alhamdulillah puji syukur kepada Allah SWT atas kemudahan yang telah di berikan. Untuk guru pertama dalam hidupku, Bapak dan Ibu terima kasih atas doa, dukungan, pengorbanan selama ini. Karya sederhana ini semoga menjadi awal saya membuat kalian bangga. Terima kasih sahabat dan teman sejawat, masa kuliah tidak akan menyenangkan ini jika tanpa kalian. Dosenku yang kuhormati terima kasih atas segala ilmu, waktu, tenaga, dan upaya untuk memberikan didikan.

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Luar.....	i
Halaman Sampul Dalam	ii
Surat Pernyataan Keaslian.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Pengesahan	v
Riwayat Hidup	vi
Kata Pengantar	vii
Abstrak	viii
Motto dan Persembahan	x
Daftar Isi.....	xi
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Tabel	xiv
Daftar Tanda dan Singkatan.....	xv
Daftar Lampiran	xvi

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1	La
tar Belakang	1
1.2	Ba
tasan Masalah	3
1.3	Tu
juan.....	3
1.3.1.....	Tu
juan Umum.....	3
1.3.2.....	Tu
juan Khusus.....	4
1.4	M
manfaat	4
1.4.1.....	M
manfaat Teoritis.....	4
1.4.2.....	M
manfaat Praktis	5

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori <i>Cerebro Vaskuler Accident</i>	6
2.1.1.....	De
finisi	6
2.1.2.....	Kl
asifikasi	6
2.1.3.....	Eti
ologi	8
2.1.4.....	Fa
ktor Resiko	9
2.1.5.....	Pa
tofisiologi	10

2.1.6.....	M	13
anifestasi Klinis.....		13
2.1.7.....	Pe	13
natalaksanaan		13
2.2	K	16
onsep Teori Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif.....		16
2.2.1.....	De	16
finisi		16
2.2.2.....	Ba	16
tasanKarakteristik.....		16
2.2.3.....	Fa	16
ktor yang Berhubungan		16
2.3	K	17
onsep Asuhan Keperawatan Klien <i>Cerebro Vascular Accident</i>		17
2.3.1.....	Pe	17
ngkajian Fisik.....		17
2.3.2.....	Pe	18
menuhan Kebutuhan Sehari-hari.....		18
2.3.3.....	Pe	18
eriksa Fisik		18
2.3.4.....	Di	22
agnosa Keperawatan.....		22
2.3.5.....	Int	23
ervensi Keperawatan		23
2.3.6.....	Im	24
plementasi Keperawatan		24
2.3.7.....	Ev	24
aluasi		24
BAB 3 METODE PENELITIAN		
3.1	De	25
sain Penelitian		25
3.2	Ba	25
tasan Istilah.....		25
3.3	Pa	26
rtisipan.....		26
3.4	Lo	27
kasi dan Waktu Penelitian		27
3.5	Pe	27
ngumpulan Data		27
3.6	Uj	27
i keabsahan Data		27
3.7	A	28
nalisa Data.....		28
3.8	Eti	29
k Penelitian.....		29
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN		
4.1 Hasil		30

4.1.1.....	Ga
mbaranLokasiPengmbilan Data	30
4.1.2.....	Pe
ngkajian	30
4.1.3.....	A
nalisa Data.....	36
4.1.4.....	Di
agnosa Keperawatan.....	37
4.1.5.....	Pe
rencanaan.....	38
4.1.6.....	Pe
laksanaan	40
4.1.7.....	Ev
aluasi	41
4.2	Pe
mbahasan.....	43
4.2.1.....	Pe
ngkajian	43
4.2.2.....	Di
agnosa Keperawatan.....	46
4.2.3.....	Pe
rencanaan.....	46
4.2.4.....	Ti
ndakan	48
4.2.5.....	Ev
aluasi	51
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1	Ke
simpulan.....	53
5.1.1.....	Pe
ngkajian	53
5.1.2.....	Di
agnosa.....	53
5.1.3.....	Pe
rencanaan	53
5.1.4.....	Ti
ndakan	54
5.1.5.....	Ev
aluasi	54
5.2	Sa
ran.....	55
5.2.1.....	Ba
gi Institusi.....	55
5.2.2.....	Ba
gi Peneliti Selanjutnya.....	55
5.2.3.....	Ba
gi Klien dan Keluarga	55
DAFTAR PUSTAKA	56

Lampiran

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Daftar Gambar	Hal
2.1	Pohon Masalah CVA	12

DAFTAR TABEL

No Tabel	Daftar Tabel	Hal
2.1	Intervensi Keperawatan.....	23
4.1	Identitas Klien.....	30
4.2	Riwayat Penyakit Klien	30
4.3	Perubahan Pola Kesehatan Klien	31
4.4	Pemeriksaan Fisik Klien	32
4.5	Hasil Pemeriksaan Diagnostik Klien	34
4.6	Terapi Klien	35
4.7	Analisa Data Klien	36
4.8	Diagnosa Keperawatan Klien.....	36
4.9	Perencanaan Keperawatan Klien.....	38
4.10	Pelaksanaan Keperawatn Klien.....	39
4.11	Evaluasi Keperawatan Klien	40

DAFTAR TANDA DAN SINGKATAN

%	: Persen
<	: Kurang Dari
AGD	: Analisa Gas Darah
AVM	: <i>Arteriovenous Malformation</i>
b/d	: Berhubungan Dengan
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
Cc	: Cubic Centimeter
Cm	: <i>Centimeter</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
CTR	: <i>Cardio Thorax Ratio</i>
CVA	: <i>Cerebro Vaskuler Accident</i>
EKG	: <i>Elektrokardiogram</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
HCU	: <i>High Care Unit</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IPPA	: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi
IV	: <i>Intra Vena</i>
JVP	: <i>Jugularis Venous Pressure</i>
Kg	: Kilogram
ml	: <i>Mililiter</i>
mmHg	: Milimeter Merkuri (<i>Hydrargyrum</i>)
N	: Nadi
NGT	: <i>Nasogastric Tube</i>
NIC	: <i>Nursing Intervention Clasification</i>
NOC	: <i>Nursing Outcome Classification</i>
NRBM	: <i>Non Rebreathing Mask</i>
Ny	: Nyonya
°C	: Derajat Selsius
ROM	: <i>Range of Motion</i>
RR	: Respiration Rate
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
rt-PA	: <i>recombinant tissue-plasminogen</i>

S	: Suhu
SDKI	: Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia
SpO ₂	: Saturasi Oksigen Kapiler Perifer
TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
TIK	: Tekanan Intra Kranial
Tpm	: Tetes Per Menit
TTV	: Tanda Tanda Vital
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WIB	: Waktu Indonesia Barat
WOD	: Wawancara, Observasi, Dokumentasi

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Jadwal Kegiatan Karya Tulis Ilmiah
Lampiran 2	: Formulir Permohonan Responden
Lampiran 3	: Formulir Persetujuan Responden
Lampiran 4	: Format Asuhan Keperawatan
Lampiran 5	: Surat Ijin Penelitian
Lampiran 6	: Surat Persetujuan Penelitian
Lampiran 7	: Surat Pernyataan
Lampiran 8	: Pernyataan Bebas Plagiasi
Lampiran 9	: Lembar Konsul

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cerebro Vaskuler Accident lebih dikenal oleh masyarakat dengan istilah stroke. Kelainan yang terjadi pada organ otak, tepatnya adalah gangguan pembuluh darah di otak (Padila, 2012). Di era modern ini, CVA menjadi masalah serius yang dihadapi hampir diseluruh dunia. Hal ini karena serangan CVA yang mendadak dan cepat dapat mengakibatkan penurunan kesadaran, kecacatan bahkan sampai kematian. Penderita CVA yang mengalami penurunan kesadaran biasanya mengalami gangguan jalan napas dan gangguan sirkulasi. Hal ini disebabkan karena akumulasi sekret, dimana mukus menutup sebagian saluran napas penderita sehingga terjadi penurunan tidal volume yang berdampak pada penurunan saturasi oksigen (Potter & Perry, 2010).

Secara global, 15 juta orang terserang CVA setiap tahunnya, satu pertiga meninggal dan sisanya mengalami kecacatan permanen (Stroke forum, 2015). Menurut WHO (2015), kasus CVA di seluruh dunia diperkirakan mencapai 50 juta jiwa, dan 9 juta diantaranya menderita kecacatan berat, yang lebih memprihatinkan lagi 10 persen diantaranya mereka yang terserang CVA mengalami kematian (Fitriyani, 2017). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013), menunjukkan prevalensi CVA di Indonesia cukup tinggi yaitu sekitar 12,1 per 1000 penduduk dan diramalkan tahun 2020 akan meningkat menjadi dua kali lipat (Elfira et al, 2016). Berdasarkan diagnosis Nakes maupun diagnosis/gejala, provinsi Jawa Timur memiliki estimasi

jumlah penderita 190.449 orang (6,6%) dan 302.987 orang (10,5%) (Kemenkes, 2013).

Pada pasien CVA dampak dari jalan nafas yang tidak lancar mengakibatkan penderita mengalami kesulitan bernafas dan gangguan pertukaran gas di dalam paru-paru. Dikatakan penderita mengalami ketidakefektifan bersihan jalan nafas yaitu ditandai dengan dyspnea, orthopnea, sianosis, suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing, kesulitan bicara, gelisah, perubahan frekuensi dan irama nafas, produksi sputum berlebih, dan batuk tidak efektif atau bahkan tidak ada batuk. Pengeluaran dahak yang tidak lancar pada penderita yang mengalami gangguan bersihan jalan nafas dapat berakibat timbulnya sianosis, kelelahan, apatis serta merasa lemah. Dalam tahap selanjutnya bahkan pasien dapat mengalami penyempitan jalan nafas sehingga terjadi perlengketan jalan nafas yang dapat mengancam nyawa penderita. Untuk itu perlu bantuan untuk mengeluarkan dahak yang lengket sehingga dapat bersihan jalan nafas kembali efektif (Nugroho & Kristiani, 2011).

Penderita CVA membutuhkan perawatan yang intensif, cepat, dan tepat. Perawat mempunyai peranan yang sangat besar dalam dukungan dan asuhan keperawatan pada penderita CVA. Tindakan yang dapat dilakukan pada pasien dengan kondisi tersebut yaitu dengan memberikan latihan nafas dalam, melakukan latihan batuk efektif, pemberian terapi oksigen, penghisapan jalan nafas (*suction*), jika diperlukan dapat dilakukan fisioterapi dada (Muttaqin, 2008). Adanya kekurangan oksigen ditandai dengan keadaan hipoksia, yang dalam proses lanjut dapat menyebabkan kematian jaringan bahkan dapat

mengancam kehidupan (Anggraini & Hafifah, 2014). Obsuksi jalan napas merupakan kondisi yang tidak normal akibat ketidakmampuan batuk secara efektif, dapat disebabkan oleh sekret yang kental atau berlebih akibat penyakit infeksi, imobilisasi, statis sekresi, dan batuk tidak efektif karena penyakit persyarafan seperti *cerebro vaskular accident*.

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk menyusun proposal karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami *Cerebro Vascular Accident* dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan” dikarenakan melihat dari penderita CVA yang mengalami peningkatan setiap tahunnya dan tergolong penyakit yang beresiko tinggi.

1.2 Batasan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, masalah studi kasus ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami *Cerebro Vaskular Accident* dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dan melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami *Cerebro Vaskular Accident* dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami *Cerebro Vaskular Accident* dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien yang mengalami *Cerebro Vaskular Accident* dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami *Cerebro Vaskular Accident* dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami *Cerebro Vaskular Accident* dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan
- e. Melakukan evaluasi pada klien yang mengalami *Cerebro Vaskular Accident* dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan ilmu keperawatan mengenai peran perawat dalam upaya memberikan asuhan keperawatan dengan masalah bersihan jalan napas tidak efektif pada pasien CVA

1.4.2 Praktis

a. Bagi Responden

Memberikan dan menambah pengetahuan serta wawasan responden dan keluarga tentang cara perawatan pada pasien CVA dengan masalah bersihan jalan napas tidak efektif

b. Bagi Petugas Kesehatan

Memberikan informasi yang dapat dijadikan sumber referensi bagi petugas kesehatan lain, khususnya perawat dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif pada pasien CVA secara tepat

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Dapat dijadikan sebagai bahan dasar dan literatur untuk penelitian selanjutnya tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien CVA dengan masalah bersihan jalan napas tidak efektif.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.4 Konsep Teori *Cerebro Vaskuler Accident*

2.4.1 Definisi

CVA merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja (Muttaqin, 2008).

Sedangkan menurut (Batticaca, 2008), CVA merupakan suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah ke otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian.

CVA disebabkan oleh terputusnya suplai darah ke otak, biasanya karena semburan pembuluh darah atau tersumbat oleh gumpalan. Ini memotong suplai oksigen dan nutrisi, yang menyebabkan kerusakan pada jaringan otak (WHO, 2018).

2.4.2 Klasifikasi

Menurun Muttaqin klasifikasi CVA dibagi menjadi dua, yaitu:

1. CVA *Bleeding*

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subaraknoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktifitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun. Perdarahan otak dibagi menjadi dua, yaitu:

a. Perdarahan Intraserebral

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

b. Perdarahan Subaraknoid

Perdarahan ini bersal 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 subaraknoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparase, gangguan hemi sensorik, afasia, dan lain-lain)

2. CVA *Infark*

Dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau dipagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya baik.

2.4.3 Etiologi

Menurut Wijaya & Putri (2013) penyebab CVA dibagi menjadi tiga, yaitu:

a. Trombosis serebri

Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral yang adalah penyebab paling umum dari stroke (Smeltzer, 2005).

Trombosis ditemukan pada 40% dari semua kasus CVA yang telah dibuktikan oleh ahli patologi. Biasanya ada kaitannya dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis (Price, 2005).

b. Emboli Serebri

Embolisme serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama CVA. Penderita embolisme biasanya lebih muda dibandingkan dengan penderita trombosis. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu trombus dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung (Price, 2005).

c. Hemoragi

Hemoragi dapat terjadi di luar durameter (hemoragi ekstra dural atau epidural) di bawah durameter (hemoragi subdural), diruang subaraknoid (hemoragi subarachnoid) atau dalam substansial otak (hemoragi intra serebral) (Price, 2005).

2.4.4 Faktor Resiko

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan CVA

1. Faktor yang tidak dapat dirubah (*Non Reversible*)
 - a. Jenis kelamin: Pria lebih sering ditemukan menderita CVA dibanding wanita
 - b. Usia : Makin tinggi usia makin tinggi pula resiko terkena CVA
 - c. Keturunan : Adanya riwayat keluarga yang terkena CVA
2. Faktor yang dapat dirubah (*Reversible*)
 - a. Hipertensi
 - b. Penyakit jantung
 - c. Obesitas
 - d. Diabetes Mellitus
 - e. Polisetemia
 - f. Stress emosional
3. Kebiasaan Hidup
 - a. Merokok
 - b. Peminum alkohol
 - c. Obat-obatan terlarang
 - d. Aktivitas yang tidak sehat: kurang olahraga, makanan berkolestrol

(Amin Huda & Hardhi,2015).

2.4.5 Patofisiologi

Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan fokal (thrombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskuler). Aterosklerosis sering kali merupakan faktor penting untuk otak, thrombus dapat berasal dari plak aterosklerosis, atau darah dapat beku pada area stenosis, tempat aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah dan terbawa sebagai emboli dalam aliran darah.

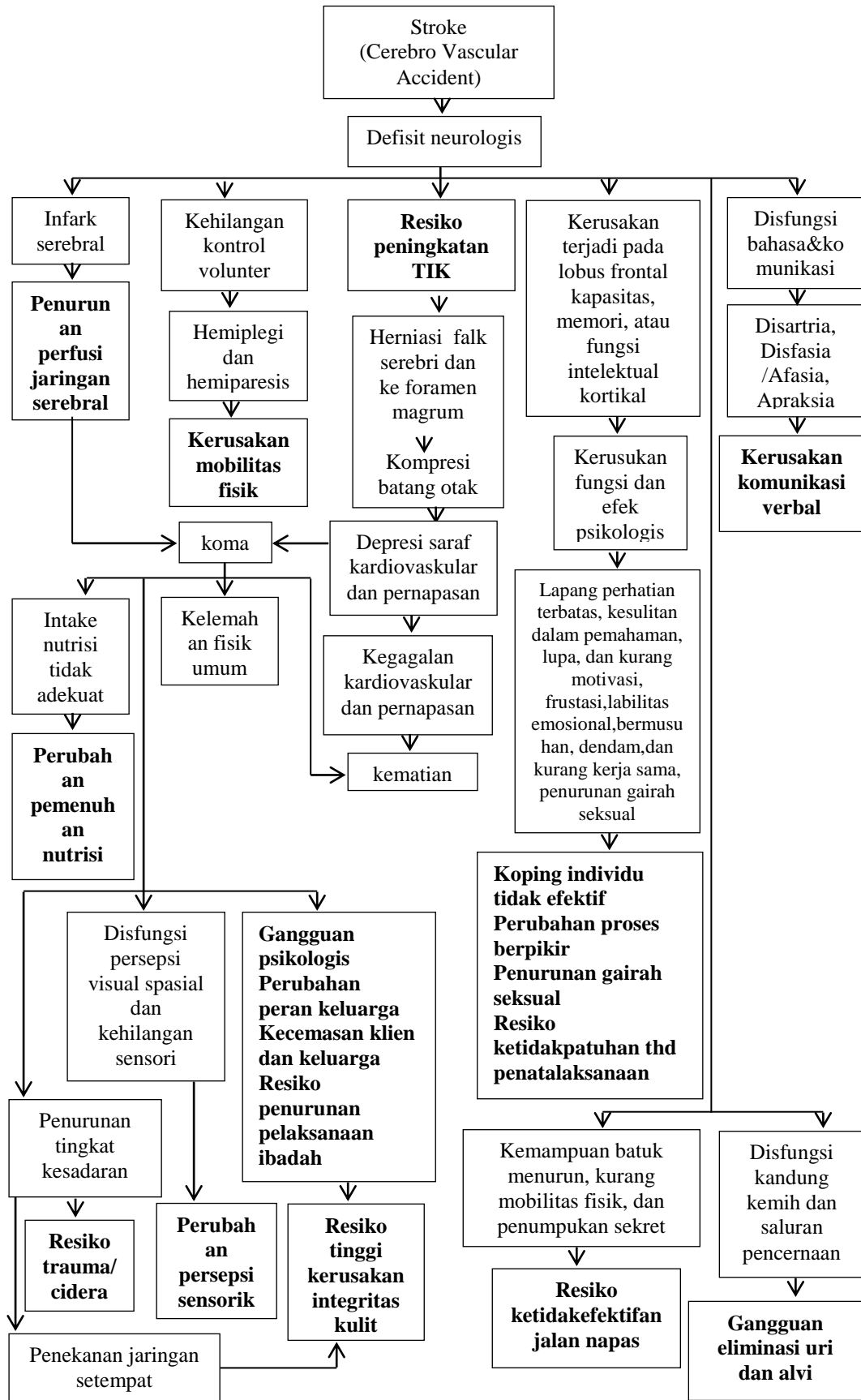
Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh ruptur aterosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebri yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit serebrovaskuler, karena perdarahan yang luas terjadi destruktif massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falks serebri atau lewat foramen magnum.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan peredaran ke batang otak. Jika sirkulasi terhambat, dapat berkembang anoksia serebri. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebri dapat reversible untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversible bila anoksia lebih dari 10 menit. (Mattaqin, 2008).

Pada saat sekresi mukosa menutup sebagian saluran napas, terjadi penurunan tidal volume yang berdampak pada penurunan saturasi oksigen, sehingga tubuh melakukan kompensasi dengan peningkatan frekuensi pernapasan dan peningkatan denyut jantung (Potter & Perry, 2010).

Hipersekresi mukosa saluran pernafasan yang menghasilkan lendir sehingga partikel-partikel kecil yang masuk bersama udara akan mudah menempel di dinding saluran pernafasan. Hal ini lama-lama akan mengakibatkan terjadi sumbatan sehingga ada udara yang menjebak di bagian distal saluran nafas, maka individu akan berusaha lebih keras untuk mengeluarkan udara tersebut. Itulah sehingga pada fase ekspirasi yang panjang akan muncul bunyi-bunyi yang abnormal seperti mengi dan ronchi (Sastrawan, 2014).

Pohon masalah menurut Mattaqin, 2008



2.4.6 Manifestasi Klinis

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

Pada CVA akut gejala klinis meliputi:

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (*hemiparesis*) yang timbul secara mendadak
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan
- c. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, latergi, stupor atau koma)
- d. Afasia (kesulitan dalam bicara)
- e. Disatria (bicara cadel atau pelo)
- f. Gangguan penglihatan, diplopia
- g. Ataksia (penurunan kemampuan koordinasi gerakan otot)
- h. Vertigo, mual, muntah dan nyeri kepala (Tarwoto et al, 2007)

2.4.7 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan 5B dengan penurunan kesadaran:

1.1 *Breathing* (Pernapasan) - Usahakan jalan napas lancar. - Lakukan penghisapan lendir jika sesak. - Posisi kepala harus baik, jangan sampai saluran napas tertekuk. - Oksigenisasi terutama pada pasien tidak sadar

1.2 *Blood* (Tekanan Darah) - Usahakan otak mendapat cukup darah. - Jangan terlalu cepat menurunkan tekanan darah pada masa akut

1.3 *Brain* (Fungsi otak) - Atasi kejang yang timbul. - Kurangi edema otak dan tekanan intra cranial yang tinggi

1.4 *Bladder* (Kandung Kemih) - Pasang kateter bila terjadi retensi urine

1.5 *Bowel* (Pencernaan) - Defekasi supaya lancar. - Bila tidak bisa makan per-oral pasang NGT/Sonde.

2. Penatalaksanaan umum

2.1 Pada fase akut

- a. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator
- b. Monitor peningkatan tekanan intrakranial
- c. Monitor fungsi pernapasan: AGD (Analisa Gas Darah)
- d. Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG
- e. Evaluasi status cairan dan elektrolit
- f. Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri
- g. Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan
- h. Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan antikoagulan
- i. Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan refleks

2.2 Fase rehabilitasi

- a. Pertahankan nutrisi yang adekuat
- b. Program manajemen *Bladder* dan *Bowel*

- c. Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
- d. Pertahankan integritas kulit
- e. Pertahankan komunikasi yang efektif
- f. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- g. Persiapan pasien pulang

2.3 Pembedahan

Pembedahan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo-peritoneal bila ada hidrosefalus obstruktif akut

2.4 Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis CVA

a. *CVA Infark*

- 1) Pemberian trombolisis dengan rt-PA (recombinant tissue-plasminogen)
- 2) Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta, katropil, antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi

b. *CVA Bleeding*

- 1) Antihipertensi : Katropil, antagonis kalsium
- 2) Diuretik : Manitol 20%, furosemide
- 3) Antikonvulsan : Fenitoin

2.5 Konsep Teori Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

2.5.1 Definisi

Bersihan jalan napas tidak efektif yaitu Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten (SDKI, 2017).

2.5.2 Batasan Karakteristik

- a. Dipsnea
- b. Penurunan suara napas
- c. Orthopnea
- d. Suara napas tambahan : rales, krakles, ronkhi, wheezing
- e. Tidak ada batuk
- f. Produksi sputum berlebih
- g. Sianosis
- h. Kesulitan bicara
- i. Mata melebar
- j. Perubahan ritme dan frekuensi pernapasan
- k. Gelisah

2.5.3 Faktor yang Berhubungan

- a. Lingkungan : merokok, menghisap asap rokok
- b. Obstruksi jalan napas : spasme jalan napas, mucus berlebih, eksudat dalam alveoli, materi asing dalam jalan napas, adanya jalan napas buatan
- c. Fisiologis : jalan napas alergik, asma, penyakit paru obstruktif, hiperplasia dinding bronkeal

2.6 Konsep Asuhan KeperawatanKlien *Cerebro Vascular Accident*

2.6.1 Pengkajian Fisik

Menurut (Padila 2012), pengkajian cva meliputi:

1. Biodata

Pengkajian biodata difokuskan pada:

Umur : Karena usia di atas 55 tahun merupakan resiko tinggi terjadinya serangan CVA.

Jenis kelamin : Laki-laki lebih tinggi 30% dibanding wanita

Ras : Kulit hitam lebih tinggi angka kejadiannya

2. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan apa yang dirasakan pasien saat dibawa ke rumah sakit. Biasanya klien datang ke rumah sakit dalam keadaan penurunan kesadaran atau koma serta disertai kelumpuhan dan keluhan sakit kepala hebat bila masih sadar.

3. Riwayat penyakit dahulu

Perlu di kaji adanya riwayat Diabetes Miletus, Hipertensi, Kelainan Jantung, Policitemia karena hal ini berhubungan dengan penurunan kualitas pembuluh darah otak menjadi menurun.

4. Riwayat penyakit sekarang

Kronologis peristiwa CVA sering setelah melakukn aktivitas tiba-tiba terjadi keluhan neurologis misalnya sakit kepala hebat, penurunan kesadaran hingga koma.

5. Riwayat penyakit keluarga

Perlu dikaji apakah mungkin ada anggota keluarga sedarah yang pernah mengalami CVA.

2.6.2 Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

Apabila telah mengalami kelumpuhan sampai terjadinya koma maka klien perlu membutuhkan bantuan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari dari bantuan sebagian sampai total. Meliputi:

1. Mandi
2. Makan/minum
3. BAB/BAK
4. Berpakaian
5. Berhias
6. Aktivitas mobilisasi

2.6.3 Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik pasien CVA sebaiknya dilakukan dengan cara persistem (B1-B6) dan fokus pada pemeriksaan B3 (*Brain*) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan klien (Muttaqin Arif, 2012) :

a. B1 (*Breathing*)

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronkhi.

Pada klien dengan tingkat kesadaran composmentis, pada inspeksi peningkatan pernafasan, Palpasi toraks didapatkan fokal premitus

seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi nafas tambahan.

b. B2 (*Blood*)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien CVA. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi massif.

c. B3 (*Brain*)

CVA menyebabkan berbagai defisit neurologis, tergantung pada lokasi lesi pembuluh darah mana yang tersumbat, ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral. Pengkajian B3 meliputi :

- 1) Pengkajian tingkat kesadaran pada keadaan lanjut. Tingkat kesadaran klien CVA biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikoma. Jika klien sudah koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberi asuhan.

Skala GCS :

a. Reflek membuka mata :

Spontan	4
Dengan rangsangan suara	3
Dengan rangsangan nyeri	2
Tidak ada respon	1

b. Respon verbal :

Berorientasi baik	5
Bicara membingungkan	4
Kata-kata tidak tepat	3
Suara tidak dapat dimengerti	2
Tidak ada respon	1

c. Respon motorik :

Mengikuti perintah	6
Melokalisir nyeri	5
Menarik dengan fleksi	4
Fleksi abnormal	3
Ekstensi abnormal	2
Tidak ada respon	1

- 2) Pengkajian status mental dengan mengobservasi penampilan, tingkah laku, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien
- 3) Pengkajian fungsi intelektual didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori baik jangka pendek maupun jangka panjang.
- 4) Pengkajian saraf kranial (Nervus I sampai nervus XII)
 - a) Saraf I : Biasanya pasien CVA tidak ada kelainan pada fungsi penciuman
 - b) Saraf II : Disfungsi persepsi visual. Gangguan hubungan visual-spasial sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri

- c) Saraf III, IV, dan VI : Jika akibat CVA mengakibatkan paralisis pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerak
- d) Saraf V : Pada beberapa keadaan CVA mengakibatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah
- e) Saraf VII : Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat
- f) Saraf VIII : Tidak ditemukan adanya tuli
- g) Saraf IX dan X : Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut
- h) Saraf XI : Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus
- i) Saraf XII : Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi serta indra pengecapan normal

d. B4 (*Bladder*)

Setelah CVA klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang sfingter urine eksternal hilang atau berkurang.

e. B5 (*Bowel*)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, muntah fase akut, penurunan gerakan peristaltik karena imobilisasi yang lama.

f. B6 (*Bone*)

Biasanya didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan, dan penurunan kekuatan otot, tonus otot meningkat, hemiparesis. Selain itu perlu dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol

Skala kekuatan Otot :

- 0 : Tidak ada kontraksi, 100% pasif
- 1 : Tampak kontraksi, ada sedikit tahanan atau gerakan
- 2 : Mampu menahan gravitasi tapi dengan sedikit sentuhan akan jatuh
- 3 : Mampu menahan gravitasi, tidak mampu melawan tekanan pemeriksa
- 4 : Kekuatan kurang dari yang lain
- 5 : Kekuatan utuh

2.6.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. (SDKI, 2017)

Diagnosa yang mungkin muncul menurut (SDKI 2017) pada pasien CVA, yaitu:

1. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d akumulasi sekret (SDKI D.0001, hal. 18)
2. Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d aterosklerosis aortik (SDKI, D.0017, hal.51)

2.6.5 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah bentuk penyusunan rencana tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pertimbangan pengetahuan klinis yang bertujuan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditentukan. Rencana tindakan pada pasien stroke menurut *Nursing Outcome Classification* (2015) dan *Nursing Intervention Clasification* (2015) adalah :

No	Diagnosa	Tujuan & kriteria hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
1	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif b/d akumulasi sekret</p> <p>Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subyektif (tidak tersedia)</p> <p>Obyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Batuk tidak efektif Tidak mampu batuk Sputum berlebih Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering Mekonium di jalan napas (pada neonatus) <p>Gejala dan tanda minor Subyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Dipsnea Sulit bicara Ortopnea <p>Obyektif</p>	<p>a. Respiratory Status: Airway Circulation</p> <p>Indikator</p> <ol style="list-style-type: none"> Tekanan parsial oksigen di darah arteri (PaO₂) Tekanan parsial karbondioksida di darah arteri (PaCO₂) pH arteri Saturasi oksigen Tidal karbondioksida akhir Hasil rontgen dada Keseimbangan ventilasi dan perfusi <p>Skala</p> <ol style="list-style-type: none"> Deviasi berat dari kisaran normal : 1 Deviasi yang cukup berat dari kisaran normal : 2 Deviasi sedang dari kisaran normal : 3 Deviasi ringan dari kisaran normal : 4 Tidak ada deviasi dari kisaran normal : 5 <p>b. Respiratory Status: airway Patency</p> <p>Indikator</p> <ol style="list-style-type: none"> Frekuensi pernapasan Irama pernapasan Kedalaman inspirasi Kemampuan untuk 	<p>a. Airway Management</p> <p>Aktivitas-aktivitas</p> <ol style="list-style-type: none"> Buka jalan napas dengan teknik chin lift atau jaw thrust, sebagaimana mestinya Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi Lakukan fisioterapi dada, sebagaimana mestinya Buang sekret dengan dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir Motivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam, berputar dan batuk Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif Auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan Lakukan penyedotan melalui endotrakea atau nasotrakea, sebagaimana mestinya <p>b. Respiratory Monitoring</p> <p>Aktivitas-aktivitas</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernafas Monitor suara napas tambahan seperti ngorok

1. Gelisah	mengeluarkan seret	atau mengi
2. Sianosis		3. Kaji perlunya penyedotan pada jalan napas dengan auskultasi suara napas ronkhi di paru
3. Bunyi napas menurun	Skala	
4. Frekuensi napas berubah	1. Deviasi berat dari kisaran normal : 1	
5. Pola napas berubah	2. Deviasi yang cukup berat dari kisaran normal : 2	c. Airway Suction
Penyebab fisiologis	3. Deviasi sedang dari kisaran normal : 3	Aktivitas-aktivitas
1. Spasme jalan napas	4. Deviasi ringan dari kisaran normal : 4	1. Aukultasi suara napas sebelum dan sesudah dilakukan suction
2. Hipersekresi jalan napas	5. Tidak ada deviasi dari kisaran normal : 5	2. Informasikan kepada klien dan keluarga tentang suctioning
3. Disfungsi neuromuskuler		3. Minta klien napas dalam sebelum suction dilakukan
4. Benda asing dalam jalan napas		4. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan
5. Adanya jalan napas buatan		5. Gunakan aliran rendah untuk menghilangkan sekret
6. Sekresi yang tertahan		6. Monitor status oksigen pasien dan status hemodinamik.
7. Hiperplasia dinding jalan napas		
8. Proses infeksi		
9. Respon alergi		
10. Efek agen farmakologis (mis. Anastesi)		
situasional		
1. Merokok aktif		
2. Merokok pasif		
3. Terpajan polutan		

2.6.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

2.6.7 Evaluasi

Menurut (Setiadi, 2012) evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain yang digunakan adalah studi kasus, yaitu studi yang mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus dibatasi oleh waktu dan tempat, serta kasus yang dipelajari berupa peristiwa, aktivitas, atau individu. Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami *Cerebro Vascular Accident* dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.

3.2 Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian maka peneliti sangat perlu menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus penelitian studi kasus ini. Pada judul Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami *Cerebro Vascular Accident* dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan, penyusun studi kasus telah menjabarkan tentang konsep *Cerebro Vascular Accident* atau Stroke dan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif, sebagai berikut:

3.2.1 Asuhan Keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien atau pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan melalui metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus-menerus serta

berkesinambungan dimulai dari Pengkajian (Pengumpulan Data, Analisa

Data, dan Penentuan Masalah), Diagnosis Keperawatan, Pelaksanaan, dan Penilaian, Tindakan Keperawatan (Evaluasi)

3.2.2 Klien adalah seorang individu yang mencari atau menerima perawatan medis. Klien dalam studi kasus ini adalah 2 klien dengan masalah keperawatan dan diagnosa yang sama

3.2.3 *Cerebro Vascular Accident* merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja (Muttaqin, 2008)

3.2.4 Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif yaitu ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten (SDKI, 2017)

3.3 Partisipan

Subyek penelitian merupakan sunyek yang dituju untuk diteliti oleh peneliti. Subyek yang digunakan dalam studi kasus ini klien yang mengalami *Cerebro Vascular Accident* dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan. Jumlah subyek penelitian adalah 2 klien (2 kasus) dengan masalah keperawatan dan diagnosis yang sama. Kriteria subyek penelitian dalam studi kasus ini sebagai berikut:

1. 2 klien yang mengalami *Cerebro Vascular Accident*
2. 2 klien yang mengalami gangguan bersihan jalan napas
3. 2 klien dengan jenis kelamin perempuan
4. 2 klien dengan usia di atas 45 tahun atau tidak jauh berbeda

5. 2 klien yang dirawat pada hari ke 2 di ruang HCU
6. 2 klien dan keluarga yang kooperatif

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi yang digunakan dalam penyusunan dalam penyusunan KTI studi kasus adalah di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan dimulai dari Bulan Februari sampai Bulan April, Lokasi ini beralamat di JL Raya Raci-Bangil, Masangan, Bangil, Pasuruan, Jawa Timur.

3.5 Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah:

- 1) Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang – dahulu – keluarga dll). Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya)
- 2) Observasi dan Pemeriksaan fisik (dengan pendekatan IPPA: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi) pada system tubuh klien
- 3) Studi dokumentasi dan angket (hasil dari pemerikassan diagnostic dan data lain yang relevan)

3.6 Uji keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data/informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan dengan:

- 1) Memperpanjang waktu pengamatan/tindakan

- 2) Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

3.7 Analisa Data

Analisa Data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

Urutan dalam analisis adalah:

- 1) Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen).

Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur)

- 2) Mereduksi Data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data

subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic, kemudian dibandingkan nilai normal

3) Penyajian Data

Dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien

4) Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

3.8 Etik Penelitian

Dalam melakukan penelitian , peneliti meminta izin dari institusi untuk melakukan penelitian. Setelah mendapat izin baru peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi:

1. *Informed Consent* (persetujuan menjadi klien)

Merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* diberikan sebelum peneliti melakukan penelitian dan bertujuan agar responden atau klien mengetahui maksud dan tujuan studi kasus.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Subyek mempunyai hak untuk mendapat jaminan dalam hal kerahasiaan identitas dengan cara mengaburkannya (tanpa nama).

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti studi kasus (Nursalam, 2014).

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.3 Hasil

4.3.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Pengkajian dilakukan di RSUD Bangil Pasuruan di Jl. Raya Raci-Bangil, Masangan, Bangil, Pasuruan, Ruang HCU terdapat 10 unit bed, klien 1 berada di bed nomor 8 dan klien 2 berada di Bed nomor 9.

4.3.2 Pengkajian

1) Identitas Klien

Tabel 4.1 Identitas Klien

IDENTITAS KLIEN	KLIEN 1	KLIEN 2
Nama	Ny.Y	Ny.N
Umur	64 tahun	48 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMP	SD
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Ibu rumah tangga
Status Perkawinan	Cerai mati	Menikah
Alamat	Kejayan, Pasuruan	Wonorejo, Pasuruan
Suku/Bangsa	Jawa	Jawa
Tanggal MRS	04 April 2018	05 April 2018
Tanggal pengkajian	08 April 2018	08 April 2018
Jam Masuk	06:30 WIB	09:09 WIB
No. RM	22-35-XX	36-00-XX
Diagnosa Medis	CVA Infark 3rd Attack	CVA Infark 2nd Attack

2) Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit Klien

RIWAYAT PENYAKIT	KLIEN 1	KLIEN 2
Keluhan Utama	Klien mengeluh sesak napas	Klien mengeluh sesak napas
Riwayat penyakit sekarang	Klien datang ke IGD pada jam 06:30 dengan keluhan ekstremitas sebelah kiri lemas kejadian setelah beraktivitas, bicaranya pelo saat bangun tidur. Dan saat ini klien dirawat di ruang HCU dibed 8	Klien datang ke IGD jam 09:09 dengan keluhan ekstremitas sebelah kanan tidak bisa digerakkan, sudah muntah 2x sejak pagi dan mengeluh sesak. Saat ini klien dirawat di ruang HCU bed 9
Riwayat Penyakit Dahulu	Keluarga klien mengatakan bahwa klien memiliki riwayat penyakit Stroke dan Hipertensi	Keluarga klien mengatakan bahwa klien memiliki riwayat penyakit Stroke dan Hipertensi

Riwayat Keluarga	Penyakit Keluarga	Keluarga klien mengatakan bahwa di keluarga klien memiliki riwayat penyakit yang sama dengan klien, yaitu ayah klien.	Keluarga klien mengatakan bahwa di keluarga klien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengan klien
Riwayat Psikososial		<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon klien terhadap penyakitnya :Ny.Y menganggap penyakit yang dideritanya merupakan cobaan dari Tuhan 2. Pengaruh penyakit terhadap perannya di keluarga :Ny.Y hanya berbaring lemah ditempat tidur dan tidak bisa melakukan aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon klien terhadap penyakitnya :Ny.N menganggap penyakit yang dideritanya merupakan cobaan dari Tuhan 2. Pengaruh penyakit terhadap perannya di keluarga :Ny.N hanya berbaring lemah ditempat tidur dan tidak bisa melakukan aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga
Riwayat Spiritual		Klien ikhlas dan tabah dengan keadaannya saat ini, walaupun sedang sakit selalu berdoa untuk kesembuhannya. Selama di rumah sakit klien tidak melakukan ibadah	Klien walaupun sedang sakit selalu berdoa dan berdzikir untuk kesembuhannya. Selama di rumah sakit klien tidak melakukan ibadah

3) Perubahan pola kesehatan (pendekatan Gordon/pendekatan sistem)

Tabel 4.3 Perubahan Pola Kesehatan Klien

POLA KESEHATAN	KLIEN 1	KLIEN 2
Pola manajemen kesehatan	Keluarga klien mengatakan sebelum dirawat di RSUD Bangil, klien sudah pernah masuk rumah sakit dengan keluhan yang sama pada tahun 2000 dan 2013. Klien jarang kontrol ke poli saraf dengan alasan tidak ada keluarga yang bisa menemani.	Keluarga klien mengatakan bahwa klien pernah dirawat di RSUD bangil setahun yang lalu karena stroke tetapi hanya bicaranya saja yang pelo. Sering datang ke klinik untuk mengecek darah tingginya, dan kontrol di poli saraf 2 bulan sekali
Pola Nutrisi	Keluarga klien mengatakan sebelum klien dirawat di rumah sakit nafsu makan klien teratur 2x sehari dan minum 1500 ml/hari dan saat di rumah sakit diit cair melalui selang NGT dengan kebutuhan 200 cc 3x sehari serta intake cairan infus NS 1500cc/24 jam	Keluarga klien mengatakan sebelum klien dirawat di rumah sakit klien makan 3x sehari dan minum 2000 ml/hari dan saat di rumah sakit diit cair melalui selang NGT dengan kebutuhan 200 cc 3x sehari serta intake cairan infus asering 1000cc/24 jam
Pola Eliminasi	Keluarga klien mengatakan saat di rumah BAK 5-6x sehari warna kuning jernih dan BAB 1x sehari bau khas feses sedangkan saat di rumah sakit klien memakai folley kateter dengan output 1550 cc/24jam dan BAB 50 cc/hari	Keluarga klien mengatakan saat di rumah BAK bisa 4-5x sehari warna kuning jernih dan BAB 2 hari sekali bau khas feses sedangkan saat di rumah sakit klien memakai folley kateter dengan output 950 cc/24jam dan belum BAB

	konsistensi lembek warna kecoklatan	
Pola Istirahat-tidur	Keluarga klien mengatakan saat dirumah klien istirahat 5-7 jam/hari sedangkan dirumah sakit klien mengalami penurunan kesadaran	Keluarga klien mengatakan saat dirumah klien istirahat 6-7 jam/hari sedangkan dirumah sakit klien mengalami penurunan kesadaran
Pola Aktivitas	Saat klien dirumah Klien selalu melakukan aktivitasnya sendiri,tetapi saat di rumah sakit semua aktivitas dibantu perawat	Saat klien dirumah Klien selalu melakukan aktivitasnya sendiri, tetapi saat di rumah sakit semua aktivitas dibantu perawat

4) Pemeriksaan fisik (pendekatan head to toe/pendekatan sistem)

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik Klien

OBSERVASI	KLIEN 1	KLIEN 2
TD	118 x/menit	111 x/menit
RR	153/112 mmHg	151/91 mmHg
SpO	28x/menit	26 x/menit
GCS	96%	100%
	2-4-5	3-4-4
	Somnolen	Delirium
Pemeriksaan (B6) B1 Breathing	Ny.Y sesak nafas, klien dipasang O ₂ NRBM 12 liter/menit, terdapat pernafasan cuping hidung, adanya penggunaan otot bantu nafas, RR : 28x/menit, bentuk dada simetris, terdapat suara nafas tambahan yaitu ronchi, pola nafas dalam dan dangkal, refleks batuk lemah, irama nafas tidak teratur	Ny.N sesak nafas, kliendipasang O ₂ NRBM 10 liter/menit, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak adanya penggunaan otot bantu nafas, RR 26x/menit, bentuk dada simetris, tidak terdapat suara nafas tambahan, pola nafas dalam dan dangkal, refleks batuk lemah, irama nafas teratur.
B2 Bleeding	Pada pemeriksaan ini tidak terdapat nyeri dada, irama jantung teratur, CRT<2 detik, konjungtiva pucat dan tidak ada bendungan JVP, TD:153/112 mmHg, N:118 x/menit	Pada pemeriksaan ini tidak terdapat nyeri dada, irama jantung teratur, CRT<2 detik, konjungtiva pucat dan tidak ada bendungan JVP, TD : 151/91 mmHg, N : 111 x/menit
B3 Brain	Kesadaran klien Somnolen,GCS :2-4-5, ada keluhan nyeri kepala dengan skala 3, pupil isokor,tidak ada nyeri tekan. Pengkajian saraf cranial	Kesadaran klien Delirium,GCS :3-4-4, tidak ada keluhan nyeri kepala, pupil isokor, tidak ada nyeri tekan. Pengkajian saraf cranial N I Olfaktorius : Tidak ada

	<p>N I Olfaktorius : Tidak ada gangguan penciuman N II Optikus : Tidak ada gangguan penglihatan N III Okulomotorius, N IV Troklearis, N V Trigemini dan N IV abducent : Tidak terjadi gangguan. N VII Fasialis : Wajah simetris N VIII Vestibulokoklearis : Tidak ada gangguan pendengaran N IX Glossofaringeus dan N X Vagus : Terjadi kesulitan menelan. N XII Hipoglossus : Lidah tidak terjadi deviasi pada salah satu sisi, pergerakan lidah terganggu</p>	<p>gangguan penciuman N II Optikus : Tidak ada gangguan penglihatan N III Okulomotorius, N IV Troklearis, N V Trigemini dan N IV abducent : Tidak terjadi gangguan. N VII Fasialis : Wajah simetris N VIII Vestibulokoklearis : Tidak ada gangguan pendengaran N IX Glossofaringeus dan N X Vagus : Terjadi kesulitan menelan. N XII Hipoglossus : Lidah tidak terjadi deviasi pada salah satu sisi, pergerakan lidah terganggu</p>								
B4 Bladder	<p>Tidak ada pembesaran kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, terpasang foley kateter, warna urine kuning jernih, volume 1550 cc/24jam</p>	<p>Tidak ada pembesaran kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, terpasang foley kateter, warna kuning kecoklatan, volume 950 cc/24jam</p>								
B5 Bowel dan Reproduksi	<p>Terdapat kesulitan menelan, mukosa bibir kering, tidak terdapat asites pada abdomen, terpasang NGT, diit cair dengan kebutuhan 200 cc 3x sehari serta intake cairan infus NS 1500 cc/24 jam, bising usus 10x/menit. Selama dirawat di RS Ny.Y BAB 2x dengan jumlah sedikit, konsistensi lembek, warna kecoklatan dan berbau khas. TB : 150 cm BB : 68 kg</p>	<p>Terdapat kesulitan menelan, mukosa bibir kering, tidak terdapat asites pada abdomen, terpasang NGT, diit cair dengan kebutuhan 200 cc 3x sehari serta intake cairan infus asering 1000 cc/24 jam, bising usus 13x/menit. Selama dirawat di RS Klien belum BAB.TB : 153 cm BB : 50 kg</p>								
B6 Bone Muskuloskeletal	<p>Terpasang infus NS 21 tetes/menit di kaki sebelah kanan, pergerakan sendi terbatas, terjadi kelemahan ekstremitas sebelah kiri, tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada fraktur, akral hangat kering merah. Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">-</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table>	-	5	-	4	<p>Terpasang infus Asering 14 tetes/menit di tangan sebelah kanan, pergerakan sendi terbatas, terjadi kelemahan pada ekstremitas sebelah kanan, tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada fraktur, akral hangat kering merah. Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">-</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">-</td> </tr> </table>	3	-	3	-
-	5									
-	4									
3	-									
3	-									

Data Psiko sosial Spiritual	Ny.Y dirumah selalu beribadah dan interaksi dengan masyarakat sangat baik dan saat dirumah sakit Ny.Y hanya bisa pasrah ditempat tidurnya.	Ny.N dirumah jarang beribadah dan interaksi dengan masyarakat sangat baik dan saat dirumah sakit Ny.N hanya bisa pasrah ditempat tidurnya.
-----------------------------	--	--

5) Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Diagnostik Klien

PEMERIKSAAN	HASIL		SATUAN	NILAI RUJUKAN
	KLIEN 1	KLIEN 2		
Pemeriksaan Diagnostik pada Ny.Y				
a. Laboratorium : Terlampir				
Tgl 04-04-201808:46 WIB				
Pemeriksaan Diagnostik pada Ny.N				
a. Laboratorium : Terlampir				
Tgl 05-04-201813:50WIB				
Hematologi				
Darah Lengkap				
- Leukosit (WBC)	11,01	10,78	10 ³ /uL	3,70 – 10,110 ³ /uL
- Neutrofil	6,6	8,5	%	39,3 – 73,3%
- Limfosit	3,3	1,7	%	18,0 – 48,3%
- Monosit	0,7	0,5	%	4,40 – 12,7%
- Eosinofil	0,2	0,0	%	0,600 – 73,7%
- Basofil	0,2	0,0	%	0,00 – 1,70%
- Neutrofil %	59,5	H 79,2	%	39,3 – 73,7%
- Limfosit %	30,2	L 16,0	%	18,0 – 48,3%
- Monosit %	6,3	4,5	%	4,40 – 12,7%
- Eosinofil %	2,2	L 0,0	%	0,600 – 7,30%
- Basofil %	1,7	0,3	%	0,00 – 1,70%
- Eritrosit (RBC)	5,892	5,547	10 ⁶ /uL	4,2 – 11,010 ⁶ /uL
- Hemoglobin (HGB)	H 16,80	H 16,14	g/dL	12,0 – 16,0g/dL
- Hematokrit (HCT)	45,58	44,83	%	38 – 47 %
- MCV	L 77,35	L 80,82	um ³	81,1 – 96,0 um ³
- MCH	28,51	29,10	pg	27,0 – 31,2pg
- MCHC	H 36,86	H 36,00	g/dL	31,8 – 35,4g/dL
- RDW	L 10,02	11,99	%	11,5 – 14,5 %
- PLT	H 378	232	10 ³ /uL	155 – 36610 ³ /uL
- MPV	6,899	8,840	fL	6,90 – 10,6fL
KIMIA KLINIK				
FAAL GINJAL				
Bun	13	16	mg/dL	7,8 – 20,23mg/dL
Kretinin	0,961	0,935	mg/dL	0,6 – 1,0mg/dL
GULA DARAH				
Glukosa darah sewaktu	119	111	mg/dL	<200mg/dL

b. Pemeriksaan Thorax Ny.Y
Tgl 05-04-2018

Cor: membesar dengan CTR 62%
Pulmo: tak tampak infiltrat/nodul
Sinus phrenicocostalis kanan kiri
tajam
Tulang tulang tampak baik

Kesan : Cardiomegaly

b. Pemeriksaan Thorax Ny.N
Tgl 07-04-2018

Cor : Besar dan bentuk kesan normal
Pulmo : tak tampak infiltrat/nodul
Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam
Tampak elevasi hemidiafragma kanan
Tulang tulang tampak baik

Kesan : saat ini cor dan pulmo tak tampak
kelainan
Hemidiafragma kanan lebih tinggi

6) Terapi

Tabel 4.6 Terapi Klien

TERAPI			
	KLIEN 1		KLIEN 2
Infus NS	21 tpm	Infus Asering	14 tpm
Inj.Kalmeco	1x1gr (IV)	Inj.Kalmeco	1x500mg(IV)
Inj.Citicolin	1x250 mg (IV)	Inj.Citicolin	2x500mg(IV)
Inj.Omeprazol	1x40mg (IV)	Inj.Ranitidin	2x50mg(IV)
Manitol	6x100cc	Inj. Piracetam	3x3gr(IV)
Pamol	3x10mg	Bisoprolol	1x25mg(Oral)
Captopril	3x25mg (Oral)	simvastatin	1x20mg(Oral)
O2 NRBM	12 liter/menit	O2 NRBM	10liter/menit
Nebulizer:			
Pulmicort	3x1mg		
combiven	3x2,5mg		

4.3.3 Analisa Data

Tabel 4.7 Analisa Data Klien

DATA	ETIOLOGI KLIEN 1	MASALAH				
Data Subyektif : Klien mengeluh sesak nafas Data Obyektif : Keadaan Umum lemah Kesadaran somnolen GCS 2-4-5 Klien tampak sesak Sputum tidak tampak pada mulut dan hidung Terpasang O ₂ NRBM 12 liter/menit Mobilitas di tempat tidur Aktivitas dibantu penuh oleh perawat Suara nafas tambahan ronchi Reflek batuk lemah TTV : S : 37,8°C N : 118 x/menit TD : 153/112 mmHg RR : 28x/menit SPO ₂ : 96% Hemiparase ekstremitas sebelah kiri Kekuatan otot <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">-</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">-</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table>	-	5	-	4	Kemampuan batuk menurun, kurang mobilitas fisik, produksi secret meingkat	Bersihan jalan napas tidak efektif
-	5					
-	4					
KLIEN 2						
Data Subyektif : Klien mengeluh sesak nafas Data Obyektif : Keadaan Umum lemah Kesadaran somnolen GCS 3-4-4 Klien tampak sesak Sputum tidak tampak pada mulut dan hidung Terpasang O ₂ NRBM 10 liter/menit Mobilitas di tempat tidur Aktivitas dibantu penuh oleh perawat Suara nafas tambahan ronchi Reflek batuk lemah TTV : S : 36,6°C N : 111 x/menit TD : 151/91 mmHg RR : 26 x/menit SPO ₂ 100% Hemiparase ekstremitas sebelah kanan	Kemampuan batuk menurun, kurang mobilitas fisik, produksi secret meingkat	Bersihan jalan napas tidak efektif				

Kekuatan otot

3	-
3	-

4.3.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan Klien

DATA	ETIOLOGI	MASALAH				
klien 1 Data Subyektif : Klien mengeluh sesak nafas Data Obyektif : Keadaan Umum lemah Kesadaran somnolen GCS 2-4-5 Klien tampak sesak Sputum tidak tampak pada mulut dan hidung Terpasang O ₂ NRBM 12 liter/menit Mobilitas di tempat tidur Aktivitas dibantu penuh oleh perawat Suara nafas tambahan ronchi Reflek batuk lemah TTV : S : 37,8°C N : 118 x/menit TD : 153/112 mmHg RR : 28x/menit SPO ₂ : 96% Hemiparase ekstremitas sebelah kiri Kekuatan otot <table border="1"> <tr> <td>-</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>4</td> </tr> </table>	-	5	-	4	Kemampuan batuk menurun, kurang mobilitas fisik, produksi secret meingkat	Bersihan jalan napas tidak efektif
-	5					
-	4					
Klien 2 Data Subyektif : Klien mengeluh sesak nafas Data Obyektif : Keadaan umum lemah Kesadaran somnolen GCS 3-4-4 Klien tampak sesak Sputum tidak tampak pada mulut dan hidung Terpasang O ₂ NRBM 10 liter/menit Mobilitas di tempat tidur Aktivitas dibantu penuh oleh perawat Tidak terdapat suara nafas tambahan Reflek batuk lemah TTV :	Kemampuan batuk menurun, kurang mobilitas fisik, produksi secret meingkat	Bersihan jalan napas tidak efektif				

S : 36,6°C				
N : 111 x/menit				
TD : 151/91 mmHg				
RR : 26 x/menit				
SPO ₂ 100%				
Hemiparase ekstremitas sebelah kanan				
Kekuatan otot				
<table border="1"> <tr> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">-</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">-</td> </tr> </table>	3	-	3	-
3	-			
3	-			

4.3.5 Perencanaan

Tabel 4.9 Perencanaan Keperawatan Klien

GNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC
Klien 1 (Ny.Y)		
Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan bersihan jalan nafas klien menjadi efektif. Dengan Indikator 1. Tekanan parsial oksigen di darah arteri (PaO ₂), Deviasi ringan dari kisaran normal : 4 2. Tekananparsialkarbondioksida di darah arteri (PaCO ₂), Deviasi ringan dari kisaran normal : 4 3. pH arteri, Deviasi ringan dari kisaran normal : 4 4. Saturasi oksigen, Deviasi ringan dari kisaran normal : 4 5. Tidal karbondioksida akhir, Deviasi ringan dari kisaran normal : 4 6. Hasil rontgen dada, Deviasi yang cukup berat dari kisaran normal : 2 7. Keseimbangan ventilasi dan perfusi, Deviasi sedang dari kisaran normal : 3	1. Monitor vital sign 2. Monitor suara napas tambahan seperti ngorok/mengi 3. Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi 4. Monitor status oksigen klien 5. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 6. Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir 7. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning 8. Auskultasi suara napas sebelum dan sesudah dilakukan suction 9. Berikan bantuan terapi napas jika diperlukan (misalnya, nebulizer) 10. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat dan terapi
Klien 2 (Ny.N)		
Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi secret	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan bersihan jalan nafas klien menjadi efektif. Dengan indikator 1. Tekanan parsial oksigen di darah arteri (PaO ₂), skala	1. Monitor vital sign 2. Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi 3. Monitor status oksigen klien 4. Auskultasi suara nafas,

	Tidak ada deviasi dari kisaran normal : 5	catat adanya suara tambahan
2.	Tekanan parsial karbondioksida di darah arteri (PaCO_2), Deviasi ringan dari kisaran normal : 4	5. Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir
3.	pH arteri, Tidak ada deviasi dari kisaran normal : 5	6. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning
4.	Saturasi oksigen, Deviasi ringan dari kisaran normal : 4	7. Auskultasi suara napas sebelum dan sesudah dilakukan suction
5.	Tidal karbondioksida akhir, Deviasi ringan dari kisaran normal : 4	8. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat dan terapi
6.	Hasil rontgen dada, skala Tidak ada deviasi dari kisaran normal : 5	
7.	Keseimbangan ventilasi dan perfusi, Deviasi sedang dari kisaran normal : 3	

4.3.6 Pelaksanaan

Tabel 4.10 Pelaksanaan Keperawatn Klien

08 April 2018 Implementasi		09 April 2018 Implementasi		10 April 2018 Implementasi	
Klien 1 (Ny.Y)					
07:15	Melakukan BHSP	07:40	Memonitor vital sign	07:20	Memonitor vital sign
07:45	Memonitor vital sign TTV : S : 37,2°C N : 127x/menit TD:160/117 mmHg RR : 27x/menit SPO ₂ : 100%		TTV : S : 37,9°C N : 93 x/menit TD: 177/112 mmHg RR : 36 x/menit SPO ₂ 100%		TTV : S : 38,2°C N : 115x/menit TD: 162/111 mmHg RR : 26x/menit SPO ₂ : 100%
08:00	Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat dan terapi : Inj.Kalmeco Inj.Citicolin Inj.Omeprazol P/o Captopril	07:45	Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat dan terapi : Inj.Kalmeco Inj.Citicolin Inj.Omeprazol P/o Captopril Inf Manitol Inf Pamol	08:00	Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat dan terapi : Inj.Kalmeco Inj.Citicolin Inj.Omeprazol P/o Captopril Inf Manitol Inf Pamol
08:15	Melakukan oral hygiene	08:10	Melakukan oral hygiene	08:25	Melakukan oral hygiene
08:20	Mengauskultasi suara nafas	08:25	Mengauskultasi suara nafas	08:35	Mengauskultasi suara nafas
08:35	Melakukan nebulizer	08:40	Melakukan nebulizer	08:50	Melakukan nebulizer
09:10	Memposisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi	09:00	Memposisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi	09:10	Memposisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi
10:10	Memonitor status oksigen klien	10:20	Memonitor status oksigen klien	10:20	Memonitor status oksigen klien
10:30	Membuang sekret dengan menyedot lendir	10:40	Membuang sekret dengan menyedot lendir	10:30	Membuang sekret dengan menyedot lendir
10:50	Mengauskultasi suara napas sebelum dan sesudah dilakukan suction	11:00	Mengauskultasi suara napas sebelum dan sesudah dilakukan suction	10:50	Mengauskultasi suara napas sebelum dan sesudah dilakukan suction
Klien 2 (Ny.N)					
07:20	Melakukan BHSP	07:30	Memonitor vital sign	07:30	Memonitor vital sign
07:50	Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat dan terapi : Inj.Kalmeco Inj.Citicolin Inj.Ranitidin Inj. Piracetam Bisoprolol simvastatin Melakukan oral hygiene	08:00	Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat dan terapi : Inj.Kalmeco Inj.Citicolin	08:20	Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat dan terapi : Inj.Kalmeco Inj.Citicolin

10:15	ventilasi Memonitor vital sign TTV : S : 36,3°C		Inj.Ranitidin Inj. Piracetam Bisoprolol simvastatin			Inj.Ranitidin Inj. Piracetam Bisoprolol simvastatin	
11:00	N : 84 x/menit TD : 161/96 mmHg RR : 23 x/menit SPO ₂ : 97%	08:15	Melakukan hygiene	oral	09:20	Melakukan hygiene	oral
		08:45	Menguskultasi nafas	suara	11:00	Memonitor oksigen klien	status
		09:10	Membuang dengan memotivasi untuk melakukan batuk atau menyedot lendir	sekret dengan pasien			
		09:30	Mengauskultasi napas sebelum dan sesudah dilakukan suction	suara			

4.3.7 Evaluasi

Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan Klien

Evaluasi	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Klien 1 (Ny.Y)			
Diagnosa Keperawatan : Bersihan jalan napas tidak efektifberhubungan dengan akumulasi sekret	S : Klien mengeluh sesak nafas O : Keadaan umum lemah Kesadaransomnolen GCS : 2-4-5 O ₂ NRBM 12 liter/menit Suara napas tambahan ronchi,reflek batuk menurun Terdapat sputum di mulut Mobilitas di tempat tidur Aktivitas dibantu penuh oleh perawat TTV : S : 37,2°C N : 127x/menit TD: 160/117 mmHg RR : 27x/menit SPO ₂ : 100% Akral hangat kering merah Crt <2detik Hemiparase ekstremitas sebelah kiri	S : - O : Keadaan umum lemah Kesadaran sopor GCS : 2-2-5 O ₂ NRBM 12 liter/menit Suara napas tambahan ronchi,reflek batuk menurun Terdapat sputum di mulut Mobilitas di tempat tidur Aktivitas dibantu penuh oleh perawat TTV : S : 37,9°C N : 120x/menit TD: 170/101 mmHg RR : 20x/menit SPO ₂ : 100% Akral panas kering merah Crt <2detik Hemiparase ekstremitas sebelah kiri	S : - O : Keadaan umum lemah Kesadaransopor GCS : 2-X-5 O ₂ NRBM 12 liter/menit Suara napas tambahan ronchi,reflek batuk menurun Terdapat sputum di mulut Mobilitas di tempat tidur Aktivitas dibantu penuh oleh perawat Mengalami penurunan kesadaran TTV : S : 38,2°C N : 115x/menit TD: 162/111 mmHg RR : 26x/menit SPO ₂ : 100% Akral panas kering merah Crt <2detik Hemiparase ekstremitas sebelah kiri

	<p>Kekuatan otot</p> <table style="margin: auto;"> <tr><td>-</td><td>5</td></tr> <tr><td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>-</td><td>4</td></tr> </table> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	-	5			-	4	<p>Kekuatan otot</p> <table style="margin: auto;"> <tr><td>-</td><td>4</td></tr> <tr><td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> </table> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	-	4			4		<p>Kekuatan otot</p> <table style="margin: auto;"> <tr><td>-</td><td>4</td></tr> <tr><td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>-</td><td>4</td></tr> </table> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	-	4			-	4
-	5																				
-	4																				
-	4																				
4																					
-	4																				
-	4																				
(Ny.N)	<p>Diagnosa Keperawatan : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret</p> <p>S: Klien mengeluh sesak napas O:Keadaan umum lemah Kesadaransomnolen GCS 3-4-4 O₂NRBM 10 liter/menit Tidak terdapat suara nafas tambahan,reflek batuk lemah Tidak terdapat sputum di mulut Mobilitas di tempat tidur Aktivitas dibantu penuh oleh perawat TTV : S : 36,3°C N : 84 x/menit TD : 161/96 mmHg RR : 23 x/menit SPO₂97% Akral hangat kering merah Crt <2detik Hemiparase ekstremitas sebelah kanan Kekuatan otot</p> <table style="margin: auto;"> <tr><td>3</td><td>-</td></tr> <tr><td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>3</td><td>-</td></tr> </table> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	3	-			3	-	<p>S: - O: Keadaan umum lemah Kesadaransopor GCS 2-2-4 O₂NRBM 10 liter/menit Suara napas tambahan ronchi,reflek batuk lemah Terdapat sputum di mulut Mobilitas di tempat tidur Aktivitas dibantu penuh oleh perawat TTV : S : 36,5°C N : 93 x/menit TD: 177/112 mmHg RR : 36 x/menit SPO₂100% Akral hangat kering merah Crt <2detik Hemiparase ekstremitas sebelah kanan Kekuatan otot</p> <table style="margin: auto;"> <tr><td>3</td><td>-</td></tr> <tr><td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>3</td><td>-</td></tr> </table> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	3	-			3	-	<p>S: klien masih mengeluh sesak napas O: Keadaan umum lemah Kesadaranapatis GCS 4-2-5 O₂NRBM 10 liter/menit Tidak terdapat suara nafas tambahan,reflek batuk lemah Tidak terdapat sputum Mobilitas di tempat tidur Aktivitas dibantu penuh oleh perawat TTV : S : 37°C N : 76 x/menit TD: 11/75 mmHg RR : 26 x/menit SPO₂100% Akral hangat kering merah Crt <2detik Hemiparase ekstremitas sebelah kanan Kekuatan otot</p> <table style="margin: auto;"> <tr><td>4</td><td>-</td></tr> <tr><td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>5</td><td>-</td></tr> </table> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	4	-			5	-
3	-																				
3	-																				
3	-																				
3	-																				
4	-																				
5	-																				

4.4 Pembahasan

Pada bab ini penulis akan membahas tentang analisa antara studi kasus asuhan keperawatan klien yang mengalami Cerebro Vasculer Accident dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.

Disamping itu penulis akan membahas tentang kesesuaian kesenjangan teori dan kenyataan yang meliputi pengkajian, analisa data, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

4.4.1 Pengkajian

Klien 1 masuk rumah sakit pada tanggal 04 April 2018 jam 06:30 WIB dan Klien 2 masuk rumah sakit tanggal 05 April 2018 jam 09:09 WIB. Pengumpulan data dilakukan antara tanggal 08 April sampai dengan 10 April 2018 dengan wawancara, observasi langsung serta pemeriksaan fisik.

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klinis. (Setiadi, 2012)

a. Data Subjektif

Pada tinjauan kasus klien *Cerebro Vasculer Accident* (CVA) dengan bersihan jalan napas tidak efektif didapatkan keluhan utama saat dikaji pada klien 1 tampak sesak, terdengar suara napas tambahan, penurunan kesadaran, kesulitan bicara/pelo, kelemahan anggota badan sebelah kiri, sedangkan klien 2 tampak sesak, tidak terdengar suara napas tambahan, dan kelemahan anggota badan sebelah kanan.

Menurut Tarwoto et al (2007) tanda dan gejala terjadinya *Cerebro Vasculer Accident* diantaranya (hemiparesis) yang timbul secara mendadak,

gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan, penurunan kesadaran, kesulitan dalam bicara, bicara cadel atau pelo, ataksia, vertigo, mual, muntah dan nyeri kepala.

Menurut peneliti pada pengkajian studi kasus ini menemukan kesenjangan antara teori dan praktek, penulis menemukan perbedaan keluhan antara kedua klien, tidak semua gejala dari klien yang mengalami *Cerebro Vasculer Accident* yang ada dalam teori dapat ditemukan, karena serangan klien 1 lebih berat yaitu pada gangguan komunikasi dan mengalami penurunan kesadaran.

b. Data Objektif

Pada pemeriksaan fisik klien 1 didapatkan keadaan umum lemah, kesadaran somnolen, GCS : 2-4-5, klien tampak sesak, klien terpasang O₂ NRBM 12 liter/menit, klien mobilitas di tempat tidur, aktivitas dibantu penuh oleh perawat, terdapat pernafasan cuping hidung, adanya penggunaan otot bantu nafas, bentuk dada simetris, terdapat suara nafas tambahan yaitu ronchi, pola nafas dalam dan dangkal, refleks batuk lemah, irama nafas tidak teratur, hemiparase sebelah kiri, bicara pelo, nyeri kepala dengan skala 3, S : 37,2°C, N : 118x/menit, TD : 153/112mmHg, RR : 28x/menit. Sedangkan pada klien 2 didapatkan keadaan umum lemah, kesadaran delirium, GCS : 3-4-4, klien tampak sesak, klien dipasang O₂ NRBM 10 liter/menit, klien mobilitas di tempat tidur, aktivitas dibantu penuh oleh perawat, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, adanya penggunaan otot bantu nafas, bentuk dada simetris, tidak terdapat suara nafas tambahan, pola nafas dalam dan dangkal, refleks batuk lemah, irama nafas teratur, hemiparase sebelah kanan, S : 36,3°C, N : 111x/menit, TD : 151/91mmHg, RR : 26x/menit.

Muttaqin Arif (2012) mengungkapkan bahwa pemeriksaan fisik pada klien *Cerebro Vascular Accident* pada pemeriksaan B1 (*Breathing*)/sistem pernapasan didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan, auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronkhi biasanya ditemukan pada klien dengan peningkatan produksi secret dan penurunan kemampuan batuk pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran. Pemeriksaan pada B2 (*Blood*)/sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien CVA. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi massif. Pada pemeriksaan B3 (*Brain*)/sistem persarafan tingkat kesadaran klien stroke berkisar pada tingkat latergi, stupor dan semikomatosa, pada pengkajian motorik keseimbangan dan koordinasi didapatkan mengalami gangguan seperti hemiparase dan hemiplegia. Pada pemeriksaan B4 (*Bladder*)/sistem perkemihan klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Pada pemeriksaan B5 (*Bowel*)/sistem pencernaan didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, muntah fase akut, penurunan gerakan peristaltik karena imobilisasi yang lama. Dan pada pemeriksaan B6 (*Bone*)/sistem muskuloskeletal biasanya didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan, dan penurunan kekuatan otot, tonus otot meningkat, hemiparesis. Selain itu perlu dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol.

Menurut peneliti pada pengkajian studi kasus ini terdapat kesenjangan antara hasil pengkajian secara langsung dengan teori, peneliti mendapatkan fakta bahwa tidak semua gejala dari *Cerebro Vasculer Accident* yang ada dalam teori dapat ditemukan secara langsung pada klien dengan *Cerebro Vasculer Accident* di lapangan.

4.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. (SDKI, 2017)

Bersihan jalan napas tidak efektif yaitu Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten (SDKI, 2017).

Pada klien 1 dan 2 diagnosa keperawatan menunjukkan bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret, kemampuan batuk menurun, penurunan mobilitas fisik sekunder, dan perubahan tingkat kesadaran.

4.4.3 Perencanaan

Perencanaan tindakan yang akan dilakukan pada klien 1 antara lain monitor vital sign, monitor suara napas tambahan seperti ngorok/mengi, piosisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi, monitor status oksigen klien, auskultasi suara nafas dan catat adanya suara tambahan, buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir, informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning, auskultasi suara napas sebelum dan sesudah dilakukan suction, berikan bantuan terapi napas jika diperlukan (misalnya, nebulizer), kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat dan terapi.

Sedangkan pada klien 2 adalah monitor vital sign, posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi, monitor status oksigen klien, auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan, buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir, informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning, auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah dilakukan suction, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat dan terapi.

Perencanaan yang diberikan adalah NOC Respiratory Status karena ditemukan pada saat pengkajian bahwa saturasi oksigen dalam batas normal, tidak terjadi anemia pada klien. dengan kriteria hasil klien dapat mendemonstrasikan batuk efektif dan bunyi nafas terdengar bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak dengan pursed lips), menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas normal, frekuensi dalam rentang normal, tidak ada suara nafas tambahan). NIC Airway Management antara lain yaitu buka jalan nafas dengan teknik chin lift atau jaw thrust sebagaimana mestinya, posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya, buang sekret dengan dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir, motivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam, berputar dan batuk, instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif, auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan, lakukan penyedotan melalui endotrakea atau nasotrakea sebagaimana mestinya. Sedangkan pada Respiratory Monitoring antara lain monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernafas, monitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi, kaji perlunya penyedotan pada jalan nafas dengan auskultasi suara

napas ronkhi di paru. Dan pada Airway Suction antara lain auskultasi suara napas sebelum dan sesudah dilakukan suction, informasikan kepada klien dan keluarga tentang suctioning, minta klien napas dalam sebelum suction dilakukan, gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan, gunakan aliran rendah untuk menghilangkan secret, monitor status oksigen pasien dan status hemodinamik.

Perencanaan keperawatan adalah bentuk penyusunan rencana tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pertimbangan pengetahuan klinis yang bertujuan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditentukan. (Nanda Internasional Inc, 2015)

Menurut peneliti dalam tahap ini peneliti mendapatkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan fakta. Hal ini terjadi karena perencanaan sudah sesuai kebutuhan dan masalah klien, tetapi pada faktanya masalah pada klien 1 dan 2 belum teratasi sepenuhnya.

4.4.4 Tindakan

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien 1 adalah memonitor vital sign, memonitor suara napas tambahan seperti ngorok/mengi, memposisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi, memonitor status oksigen klien, mengauskultasi suara nafas dan catat adanya suara tambahan, membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir, menginformasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning, mengauskultasi suara napas sebelum dan sesudah dilakukan suction, memberikan bantuan terapi napas jika diperlukan (misalnya, nebulizer), mengkolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat dan terapi. Sedangkan klien 2 antara lain memonitor vital sign, memposisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi, memonitor status oksigen

klien, mengauskultasi suara nafas dan mencatat adanya suara tambahan, membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir, menginformasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning, mengauskultasi suara napas sebelum dan sesudah dilakukan suction, melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat dan terapi.

Pada klien 1 diberikan terapi infus NS 21 tpm, injeksi kalmeco 1x1gr, injeksi citicolin 1x250mg, injeksi omeprazol 1x40mg, manitol 6x100cc, pamol 3x10mg, obat oral captopril 3x25mg, dan O2 NRBM 12 liter/menit serta pemberian nebulizer pulmicort 3x1mg, combiven 3x2,5mg. Sedangkan pada klien 2 diberikan terapi infus asering 14 tpm, injeksi kalmeco 1x500mg, injeksi citicolin 2x500mg, injeksi ranitidin 2x50mg, injeksi piracetam 3x3gr, obat oral bisoprolol 1x25mg dan simvastatin 1x20mg, serta O2 NRBM 10 liter/menit. NIC Airway Management yang dilakukan pada klien 1 antara lain yaitu memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir, mengauskultasi suara napas dan mencatat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan. Sedangkan pada Respiratory Monitoring antara lain memonitor suara napas tambahan seperti ngorok atau mengi, Berikan bantuan terapi napas jika diperlukan (misalnya, nebulizer). Dan pada Airway Suction antara lain mengauskultasi suara napas sebelum dan sesudah dilakukan suction, menginformasikan kepada klien dan keluarga tentang suctioning, memonitor status oksigen pasien dan status hemodinamik. Sedangkan pada klien 2 antara lain yaitu memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir,

mengauskultasi suara napas dan mencatat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan. Sedangkan pada Respiratory Monitoring antara lain memonitor suara napas tambahan seperti ngorok atau mengi. Dan pada Airway Suction antara lain mengauskultasi suara napas sebelum dan sesudah dilakukan suction, menginformasikan kepada klien dan keluarga tentang suctioning, memonitor status oksigen pasien dan status hemodinamik.

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012). Tindakan keperawatan dengan masalah bersihan jalan nafas tidak efektif disesuaikan dengan perencanaan tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering tindakan keperawatan berbeda dengan perencanaan. Oleh sebab itu, sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisi klien saat ini. Perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, teknik sesuai dengan tindakan yang akan dilakukan kepada klien.

Menurut peneliti tindakan yang dilakukan sesuai dengan keluhan dan tanda gejala yang dialami oleh klien 1 dan klien 2, namun pada pemberian terapi setiap harinya mengikuti keadaan klien, pemberian terapi untuk klien 1 diberikan infus NS 21 tpm bertujuan untuk mengganti cairan ekstraseluler, kehilangan air dan natrium klorida, terapi infus manitol untuk membantu pengeluaran natrium dan air dari dalam tubuh, pemberian infus pamol untuk menurunkan suhu klien dalam batas normal, dan pemberian nebulizer untuk melonggarkan saluran napas klien dan mengencerkan sputum pada klien. Sedangkan klien 2 diberikan infus

asering 14 tpm yang bertujuan untuk mengganti cairan yang hilang, ketidakseimbangan elektrolit, hipokalsemia.

4.4.5 Evaluasi

Pada hari pertama klien 1 klien mengeluh sesak nafas, keadaan umum lemah, kesadaran somnolen, GCS 2-4-5, merespon dengan dirangsang nyeri yang kuat, terpasang O₂NRBM 12 liter/menit, ronchi,reflek batuk menurun,terdapat sputum di mulut, mobilitas di tempat tidur, aktivitas dibantu penuh oleh perawat, TD: 160/117 mmHg, N : 127 x/menit, RR : 27 x/menit, S : 37,2°C, masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan. Di hari kedua keluhan utama tidak terkaji tetapi ronkhi masih terdengar, keadaan umum lemah, kesadaran sopor, GCS 2-2-5, mengalami penurunan kesadaran, terpasang O₂NRBM 12 liter/menit, sputum tampak di mulut, reflek batuk menurun, TD: 170/101 mmHg, N : 120 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 37,9°C, masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan. Dan pada hari ketiga keluhan utama masih tidak terkaji, klien mengalami penurunan kesadaran, keadaan umum lemah, kesadaran sopor, GCS : 2-X-5, terpasang O₂NRBM 12 liter/menit, sputum tampak di mulut, reflek batuk menurun, TD: 162/111 mmHg, N : 115 x/menit, RR : 26 x/menit, S : 37 °C, masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan. Sedangkan pada klien 2 dihari pertama klien mengeluh sesak nafas, keadaan umum lemah, kesadaran somnolen, GCS 3-4-4, terpasang O₂NRBM 10liter/menit, tidak ada ronchi,reflek batuk menurun, tidak terdapat sputum, mobilitas di tempat tidur, aktivitas dibantu penuh oleh perawat, TD : 161/96 mmHg, N : 84 x/menit, RR : 23 x/menit, S : 36,3°C, masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan. Di hari kedua keluhan utama tidak terkaji, keadaan umum lemah, kesadaran sopor, GCS 2-2-4, terpasang O₂NRBM

10liter/menit, ronchi, terdapat sputum di mulut, reflek batuk lemah, TD: 177/112 mmHg, N : 93 x/menit, RR : 36 x/menit, S : 36,5°C, masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan. Dan pada hari ketiga klien masih mengeluh sesak napas, keadaan umum lemah, kesadaran apatis, GCS 4-2-5, , terpasang O₂NRBM 10liter/menit, tidak terdapat ronchi, reflek batuk lemah, tidak terdapat sputum, TD: 11/75 mmHg, N : 76 x/menit, RR : 26 x/menit, S : 37°C, masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan.

Menurut (Setiadi, 2012) evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya.

Menurut peneliti terdapat perbedaan hasil diantara kedua klien yaitu pada klien 1 yang semakin mengalami penurunan keadaandikarenakan faktor penyakit lain yang diderita klien yaitu hipertensi, pada pemeriksaan thoraxnya klien 1 mengalami cardiomegaly. Dan pada klien 2 yang tergolong mengalami perubahan yang baik di tandai dengan ronchi tidak terdengar meskipun masih mengeluh sesak, tidak terdapat sputum, dan kesadaran yang membaik. Kedua klien sama-sama memiliki faktor penyakit lain yaitu hipertensi, tetapi klien 1 memiliki tingkat keparahan lebih daripada klien 2. Selain itu keadaan ini juga bisa dipengaruhi oleh faktor usia, klien 1 yang berusia 64 tahun dan klien 2 berusia 48 tahun. Faktor usia mempengaruhi terjadinya stroke dan mempengaruhi kesembuhan stroke pula, Orang dengan usia tua lebih rentan terkena stroke serta lebih lambat dalam proses penyembuhannya.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.2 Kesimpulan

Berdasarkan data yang diperoleh setelah melakukan tindakan Asuhan Keperawatan pada Klien Ny.Y dan Ny.N yang Mengalami *Cerebro Vascular Accident* (CVA) dengan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

5.1.1 Pengkajian

Hasil pengkajian pada Ny.Y dan Ny.N yang mengalami CVA, pada data subjektif diperoleh persamaan, yaitu sama-sama mengalami sesak nafas dan penurunan kesadaran.

5.1.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan pada Ny.Y dan Ny.N adalah bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi secret dan di tandai berbagai tanda dan gejala seperti penurunan kesadaran, kelumpuhan separuh badan dan bicara pelo

5.1.3 Perencanaan

Perencanaan yang diberikan pada Ny.Y dan Ny.N adalah NOC Respiratory Status dengan kriteria hasil klien dapat mendemonstrasikan batuk efektif dan bunyi nafas terdengar bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak dengan pursed lips), menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas normal, frekuensi dalam rentang normal, tidak ada suara nafas tambahan).

Dalam tahap ini peneliti menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta. Hal ini karena perencanaan direncanakan sesuai kebutuhan dan kondisi klien, sehingga perencanaan tersebut dapat mengatasi masalah yang dialami klien.

5.1.4 Tindakan

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada Ny.Y dan Ny.N adalah memonitor vital sign, memposisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi, memonitor status oksigen klien, mengauskultasi suara nafas, mencatat adanya suara tambahan, membuang secret dengan dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir, menginformasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning, mengauskultasi suara napas sebelum dan sesudah dilakukan suction, melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat dan terapi.

Tindakan yang dilakukan oleh peneliti selama 3 hari masa rawat, dengan hasil pada klien 1 kondisi kesehatan menurun dan pada klien 2 kondisi kesehatan membaik.

5.1.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan pada klien 1 didapatkan di hari pertama mengeluh sesak nafas, di hari kedua keluhan utama tidak terkaji tetapi ronkhi masih terdengar, dan pada hari ketiga keluhan utama masih tidak terkaji karena klien mengalami penurunan kesadaran, ronkhi masih terdengar. Sedangkan evaluasi keperawatan pada klien 2 dihari pertama klien mengeluh sesak nafas, dihari kedua keluhan utama tidak terkaji

tetapi ronkhi masih terdengar, dan pada hari ketiga klien masih mengeluh sesak napas.

Dengan demikian rencana dan tindakan yang sudah dilakukan peneliti selama 3 hari didapatkan evaluasi dengan masalah bersihan jalan nafas tidak efektif pada klien 1 dan 2 sama-sama dalam tahap masalah belum teratasi.

5.3 Saran

5.2.1 Bagi Institusi

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dan menambah pembendaharaan ilmu pengetahuan dalam keperawatan terutama dalam memberikan tindakan asuhan keperawatan yang sesuai SOP

5.2.2 Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti yang akan melakukan penelitian untuk kasus *Cerebro Vascular Accident* dengan bersihan jalan napas tidak efektif diharapkan dapat memberikan tindakan asuhan keperawatan yang efisien

5.2.3 Bagi klien dan keluarga

Diharapkan keluarga dapat menerima segala resiko dan hasil yang telah dilakukan oleh tim medis terhadap pasien dalam tindakan asuhan keperawatan selama dirawat dirumah sakit

DAFTAR PUSTAKA

- Batticaca, Fransisca B.2008.*Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*.Jakarta: Salemba Medika
- Bulecheck, G., Butcher, H., Dochterman, J. and Wagner, C.2016.*Nursing Intervention Classification (NIC).*, 6th Indonesian edition
- Elfira Husnaa, Setiawana, Rosina Tarigana.2016.*Pengalaman Perawat dalam Menerapkan Terapi Complementary Alternative Medicine pada Pasien Stroke di Sumatera Barat*. Ners Jurnal Keperawatan,Volume 12, No.1, Maret 2016, (Hal 14-22)
- Fitriyani, N.2017.*Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Masalah Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas pada Pasien stroke hemoragik di ruang intensive care unit (ICO) RSUD Dr. Soedirman Kebumen*.laporan studi kasus.Stikes Muhammadiyah Gombong
- Herdman, T. H and Kamitsuru, S.*Nanda Internasional Inc.2015.Diagnosis Keperawatan: Definisi & Klasifikasi2015-1017*.Edisi 10.Jakarta:EGC
- Moorhead, S., Johnson, M., L.Maas, M. and Swanson, E.2016. *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes.*, 5th Indonesian edition
- Nugroho & Kristiani 2011.*Batuk Efektif dalam Pengeluaran Dahak pada Pasien dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Baptis Kediri*.Jurnal STIKES RS. Baptis Kediri.Volume 4, No. 2, Desember 2011
- Nurarif, AH & Kusuma, H.2015.*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*.Yogyakarta: Mediaction
- Nursalam.(2014). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*.Jakarta :Salemba Medika
- Padila. 2012.*Buku Ajar: Keperawatan Medikal Bedah*.yogyakarta: Nuha Medika
- Potter, P.A & Perry, A. G. (2010).*Buku Ajar Fundamental Keperawatan Buku3*.Edisi : 7. Renata Komalasari, Dian Evriyani, Enie Novieastari, Alfrina Hanydan Sari Kurnianingsih (Ahli Bahasa). Jakarta :Salemba Medika.
- Price, S.A dan Wilson, L. M. (2005).*Patofisiologi Konsep Klinis Proses – Proses Penyakit (6th ed)*. Jakarta : EGC.

- Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI 2014, Dilihat 31 Desember 2017
<http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-jantung.pdf>
- Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) 2013, Dilihat pada tanggal 28 Desember 2017
: <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf>
- Sastrawan, IB, 2014. Askep Kesehatan. updated on January 29, 2014, dilihat 10 Januari 2018. <https://gussastrawan.wordpress.com/2014/01/29/bersihan-jalan-nafas-tidak-efektif/>
- Setiadi. 2012. *Konsep & Penulisan Asuhan Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Stroke Forum. (2015). *Sekilas Tenaga Stroke*. Jakarta
- Tarwoto dan Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Tarwoto, Wartonah, Suryani, ES. 2007. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: CV. Sagung Seto
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Wijaya, AS & Putri, YM. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika
- World Health Organization (WHO), Dilihat pada tanggal 8 Januari 2018, <http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/>

Lampiran 1

JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI DIHII KEPERAWATAN Th. 2018

No.	Jadwal kegiatan	Bulan																													
		November				Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei					
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2				
1.	Pendaftaran mahasiswa peserta studi kasus																														
2.	Pembimbingan Proposal Studi Kasus																														
3.	Pendaftaran ujian proposal studi kasus																														
4.	Ujian Proposal Studi Kasus																														
5.	Revisi Proposal Studi Kasus																														
6.	Pengurusan Ijin																														
7.	Pengambilan Dan Pengumpulan Data																														
8.	Analisa Data																														
9.	Bimbingan Hasil																														
10.	Ujian Hasil																														
11.	Revisi KTI Seminar Hasil																														
12.	Pengumpulan Dan Penggandaan KTI																														

Lampiran 2

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama : Setiya Dwi Rahayu
NIM : 151210028
Judul : Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami *Cerebro Vascular Accident* dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan

Bahwa saya meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berperan serta dalam pembuatan laporan kasus sebagai partisipan dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data atau informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan klien berhak mengundurkan diri.

Demikian surat permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan.

Pasuruan, 07 April 2018

Peneliti



(Setiya Dwi Rahayu)

Lampiran 3

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yuliatin

Umur : 64 tahun

Alamat : Krajan RT 5 RW 2 Kejatan Pasuruan

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai partisipan dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan mengheniken pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada paksaan dari siapapun, saya menyatakan :

Bersedia

Menjadi responden dalam penelitian


Pasuruan, April 2018

Peneliti



(Setiya Dwi Rahayu)

Partisipan



(.....)
A/n Yuliatin

Lampiran 3

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : NGATIEMI
 Umur : 48 TAHUN
 Alamat : JL TIMUR LAPANGAN RT 02 RW 01
 WONOREJO PASURUAN

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai partisipan dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghenikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada paksaan dari siapapun, saya menyatakan :

Bersedia

Menjadi responden dalam penelitian

Pasuruan, April 2018

Peneliti



(Setiya Dwi Rahayu)

Partisipan



(NGATIEMI.....)

Lampiran 4

PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Pengkajian tgl. : Jam :
 MRS tanggal : No. RM :
 Diagnosa Masuk :

A. IDENTITAS PASIEN

Nama : Penanggung jawab biaya :
 Usia : Nama :
 Jenis kelamin : Alamat :
 Suku : Hub. Keluarga :
 Agama : Telepon :
 Pendidikan :
 Alamat :

B. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

1. Keluhan Utama
2. Riwayat Penyakit Sekarang

C. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

1. Riwayat Penyakit Kronik dan Menular ya, jenis: tidak
2. Riwayat Penyakit Alergi ya, jenis: tidak
3. Riwayat Operasi ya, jenis: tidak

D. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

ya: tidak
 Jelaskan:

E. POLA KEGIATAN SEHARI – HARI

POLA KEGIATAN	DI RUMAH	DI RUMAH SAKIT
Makanan Frekuensi x/hari Jenis Diit Pantangan Alergi makanan yang disukai Minum Frekuensi x/hari Jenis Alergi		
Eliminasi BAB Frekuensi x/hari Warna Konsistensi BAK Frekuensi x/hari		

Warna		
Alat bantu		
Kebersihan Diri Mandi x/hari Keramas x/hari Sikat Gigi x/hari Memotong Kuku		
Ganti Pakaian		
Toileting		
Istirahat/Tidur Tidur siang jam Tidur malam jam Kebiasaan Merokok/Jamu		

F. OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda-tanda vital

S : °C N : x/mnt TD : mmHg

RR : x/mnt

Masalah Keperawatan :

2. Sistem Pernafasan (B₁)

a. Hidung:

Pernafasan cuping hidung ada tidak

Septum nasi simetris tidak simetris

Lain-lain

b. Bentuk dada simetris asimetris barrel chest

Funnel chest Pigeons chest

c. Keluhan sesak batuk nyeri waktu napas

d. Irama napas teratur tidak teratur

e. Suara napas vesicular ronchi D/S wheezing D/S

rales D/S

Lain-lain

Masalah Keperawatan :

3. Sistem Kardiovaskuler (B₂)

a. Keluhan nyeri dada ya tidak

b. Irama jantung teratur tidak teratur

c. CRT < 3 detik > 3 detik

d. Konjungtiva pucat ya tidak

e. JVP normal meningkat menurun

Lain-lain

Masalah Keperawatan :

4. Sistem Persarafan (B₃)

a. Kesadaran composmentis apatis somnolen

sopor koma

GCS :

b. Keluhan pusing ya tidak

c. Pupil isokor anisokor

d. Nyeri tidak ya, skala nyeri: lokasi :
Lain-lain
Masalah Keperawatan :

5. Sistem Perkemihan (B₄)

a. Keluhan kencing menetes inkontinensia retensi
gross hematuri disuria poliuri
oliguri anuri

b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak

c. Kandung kencing: membesar ya tidak
nyeri tekan ya tidak

d. Produksi urine : ml/hari warna : bau :

e. Intake cairan : oral : cc/hr parenteral : cc/hr

Lain-lain
Masalah Keperawatan :

6. Sistem Pencernaan (B₅)

a. TB : cm BB : kg

b. Mukosa mulut: lembab kering merah stomatitis

c. Tenggorokan nyeri telan sulit menelan

d. Abdomen supel tegang nyeri tekan, lokasi :
Luka operasi jejas, lokasi :
Pembesaran hepar ya tidak
Pembesaran lien ya tidak
Ascites ya tidak
Mual ya tidak
Muntah ya tidak
Terpasang NGT ya tidak
Bising usus : x/mnt

e. BAB : x/hr, konsistensi : lunak cair lendir/darah
konstipasi inkontinensia kolostomi

f. Diet padat lunak cair
Frekuensi : x/hari jumlah: jenis :

Masalah Keperawatan :

7. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (B₆)

a. Pergerakan sendi bebas terbatas

b. Kelainan ekstremitas ya tidak

c. Kelainan tl. belakang ya tidak

d. Fraktur ya tidak

e. Traksi/spalk/gips ya tidak

f. Kompartemen sindr ya tidak

g. Kulit ikterik sianosis kemerahan
hiperpigmentasi

h. Akral hangat panas dingin kering
basah

i. Turgor baik kurang jelek

j. Luka : jenis : luas : bersih kotor

Lain-lain

Masalah Keperawatan :

8. Sistem Endokrin

a. Pembesaran kelenjar tyroid ya tidak

b. Pembesaran kelenjar getah bening ya tidak

Lain-lain

Masalah Keperawatan :

G. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

1. Persepsi klien terhadap penyakitnya

cobaan Tuhan hukuman lainnya

2. Ekspresi klien terhadap penyakitnya

Murung gelisah tegang marah/menangis

3. Reaksi saat interaksi kooperatif tak kooperatif curiga

4. Gangguan konsep diri ya tidak

Lain-lain

Masalah Keperawatan :

H. PENGKAJIAN SPIRITUAL

Kebiasaan beribadah sering kadang-kadang tidak pernah

Lain-lain

Masalah Keperawatan :

I. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, radiologi, EKG, USG)

J. TERAPI

Jombang, April 2018
Mahasiswa,

(Setiya Dwi Rahayu)

ANALISA DATA

Nama :

No.RM:

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Data subyektif : Data Obyektif :		SESUAI DENGAN NANDA 2015-2017

Diagnosa Keperawatan yang muncul (Tipe PES minimal 3)

1.
2.
3.
4.
5.

INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama :

No.RM:

Hari/Tgl.	DiagnosaKep	Tujuan& kriteria hasil	Intervensi	Rasional

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama :

No.RM:

Hari/Tgl.	Diagnosa Kep	Waktu	Implementasi Keperawatan	Paraf

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama :

No.RM:

Hari/Tgl.	Diagnosa Kep	Waktu	Evaluasi	Paraf
			S :	
			O :	
			A :	
			P :	

Lampiran 5

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : 114/KTI-S1KEP/K31/073127//2018
 Lamp. : -
 Perihal : Ijin Penelitian

Jombang, 5 Februari 2018

Kepada :

Yth. Direktur RSUD Bangil Pasuruan
 di
 Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi **D3 - Keperawatan** Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Ijin Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **SETIYA DWI R**
 NIM : 15 121 0028
 Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Cerebro Vaskuler Accident Dengan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Di Ruang HCU RSUD Bangil pasuruan*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.


H. Imam Fatoni, SKM., MM
 NIK: 03.04.022

Tembusan

- Kepala Bakesbangpol Kab.Pasuruan
- Kepala Dinas Kesehatan Kab.Pasuruan
- Kepala Ruang HCU RSUD Bangil

Lampiran 6



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

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



Bangil, 19 Maret 2018

Nomor : 445.1/731.15/424.202/2018 Kepada
Lampiran : - Yth. Ketua STIKES Insan Cendekia Medika
Hal : Persetujuan Penelitian Jl. Kemuning 57
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 114/KTI-S1KEP/
K31/073127/2018 tanggal 5 Februari 2018 perihal Surat Ijin Penelitian atas
nama:

Nama : SETIYA DWI R.
NIM : 15 121 0028
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami
Cerebro Vaskuler Accident dengan Bersihan
Jalan Nafas Tidak Efektif di Ruang HCU RSUD
Bangil Pasuruan

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk
melakukan Penelitian di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung mulai
tanggal 19 Maret – 18 April 2018,

Dengan ketentuan :

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

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

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang



Dr. MALUDWI NUGROHO
NIP. 19600910 198709 1 001








Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruangan HCU Melati RSUD Bangil
2. Kepala Ruangan Krisaan RSUD Bangil
3. Yang bersangkutan

LEMBAR KONSUL

Nama : Setiya Dwi Rahayu
 Nim : 151210028
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Cerebro Vaskular Accident Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif









Pembimbing 1

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf
1.	2-12-17	Masalah → judul	
2.	12-12-17	Kaji masalah	
3.	16-12-17	judul acc	
4.	30-12-17	Bab I → Revisi	
5.	3-1-18	Bab I → acc Lanjut + Bab II	
6.	5-1-18	Bab II → Revisi	
7.	12-1-18	Bab II → acc	

LEMBAR KONSUL

Nama : Setiya Dwi Rahayu
 Nim : 151210028
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Cerebro Vaskular Accident Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif










Pembimbing 1

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf
8.	16-1-18	Bab III -Revisi	
9.	2-2-18	Bab III → acc magu ujian	
10.	15-3-18	Bab IV → Revisi	
11.	18-3-18	Bab IV → acc	
12.	20-3-18	Bab V → Revisi lampiran	
13.	25-3-18	Bab V → acc	
14.	9-4-18	magu ujian .	 

LEMBAR KONSUL

Nama : Setiya Dwi Rahayu
 Nim : 151210028
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami
 Cerebro Vaskular Accident Bersihan Jalan Napas
 Tidak Efektif

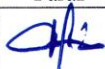





Pembimbing 2

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf
8.	1-2-18	maju ujian	
9.	10-2-18	Bab iv → Revisi	
10.	22-2-18	Bab iv → acc	
11.	25-2-18	Bab v → Revisi	
12.	10-3-18	Bab v → Revisi	
13.	25-3-18	Bab v → acc	
14.	4-4-18	maju ujian	
			

LEMBAR KONSUL

Nama : Setiya Dwi Rahayu
 Nim : 151210028
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami
 Cerebro Vaskular Accident Bersihan Jalan Napas
 Tidak Efektif

Pembimbing 2

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf
1.	2-12-17	Pembacaan kuesioner dokter Langit	
2.	10-12-17	Bab II Revisi	
3.	20-12-17	Bab I → acc	
4.	25-12-17	Bab II → Revisi	
5.	30-12-17	Bab II → acc	
6.	1-1-18	Bab III → Revisi	
7.	25-1-18	Bab III → acc	