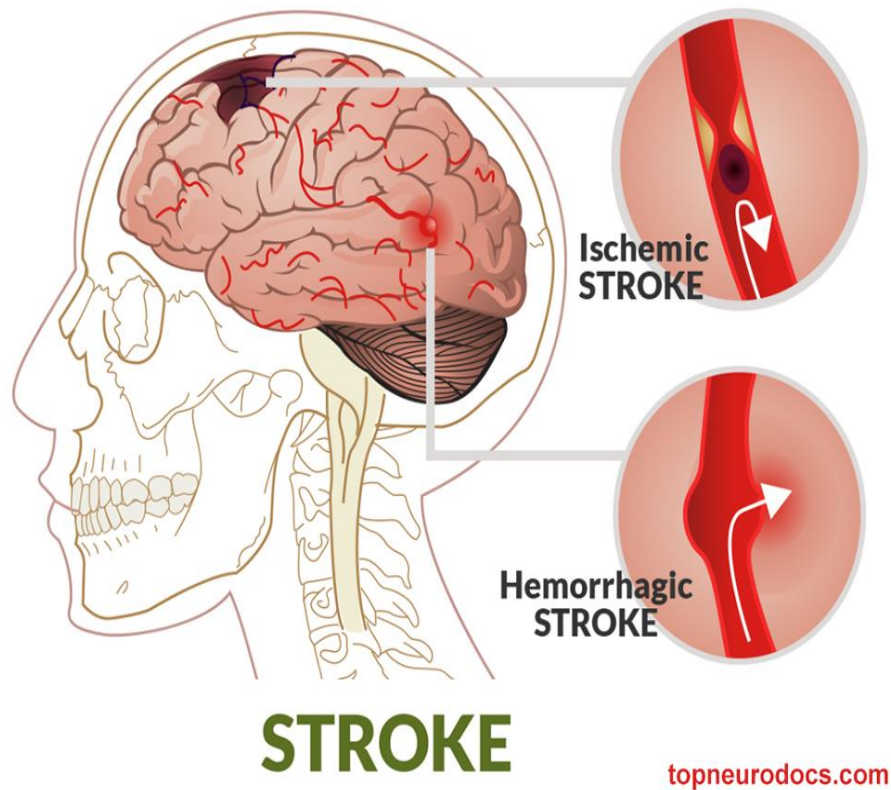


**DIKTAT**  
**MATA KULIAH KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH III**

**Asuhan Keperawatan**  
**Pada Pasien dengan *Cerebrovascular Accident* (CVA)**



**OLEH :**

**ISTIROHA, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**  
**UNIVERSITAS GRESIK**  
**2021**

## **KATA PENGANTAR**

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillah, Puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT serta sholawat dan salam tak lupa saya haturkan pada Nabi Muhammad SAW beserta keluarganya atas terselesaikannya Diktat KMB III "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan CVA" ini. Adapun isi diktat ini meliputi Konsep Dasar dan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan CVA, yang merupakan salah satu materi kuliah KMB III. Pembuatan diktat ini sebagai salah satu acuan belajar bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Gresik.

Besar harapan saya agar diktat ini berguna bagi mahasiswa dan saya menyadari diktat ini masih ada kekurangan. Saran dan pendapat sangat saya harapkan demi penyempurnaan diktat ini di masa yang akan datang.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Gresik, 8 Oktober 2021

Penulis

Istiroha, S.Kep.,Ns.M.Kep

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Kata Pengantar .....	ii
Daftar Isi .....	iii
BAB 1    PENDAHULUAN.....	1
BAB 2    KONSEP TEORI.....	2
2.1   Definisi.....	2
2.2   Etiologi.....	2
2.3   Faktor resiko CVA.....	3
2.4   Patofisiologi .....	4
2.5   Manifestasi klinis .....	4
2.6   Pemeriksaan penunjang.....	5
2.7   Penatalaksanaan .....	6
2.8   Komplikasi .....	7
2.9   WOC .....	8
2.10  Asuhan Keperawatan .....	10
2.10.1 Pengkajian .....	10
2.10.2 Diagnosa keperawatan .....	12
2.10.3 Intervensi keperawatan.....	13
BAB 3    Kesimpulan.....	17
Daftar Pustaka.....	18

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

Dalam rangka pengembangan mutu pelayanan keperawatan sesuai dengan harapan dan tuntutan masyarakat harus ditunjang oleh tenaga keperawatan yang dapat dibina dan kembangkan secara berkesinambungan profesionalismenya dalam berbagai cara baik secara formal maupun informal. Perubahan kondisi lingkungan dan perkembangan teknologi yang semakin pesat menuntut sistem pembelajaran perguruan tinggi untuk beradaptasi untuk memudahkan sistem pembelajaran supaya mahasiswa dapat menerima informasi ilmu pengetahuan di manapun dan kapan pun tidak bergantung pada tempat dan situasi tertentu.

Agar penyampaian materi pembelajaran Mata Kuliah Keperawatan Medikal Bedah III berjalan dengan baik perlu ditunjang dengan adanya diktat perkuliahan yang memadai untuk peserta didik. Salah satu diktat perkuliahan yang disediakan adalah diktat materi asuhan keperawatan sistem persyarafan yaitu asuhan keperawatan pada pasien CVA/ stroke. Ada beberapa manfaat yang akan diperoleh setelah mempelajari materi dalam diktat ini, diantaranya mahasiswa akan memperoleh wawasan dan pengetahuan berkaitan dengan konsep dasar penyakit CVA dan asuhan keperawatannya.

Keberhasilan dalam mempelajari diktat ini sangat tergantung pada keseriusan setiap mahasiswa dalam mempelajarinya. Oleh karena mahasiswa diharapkan untuk aktif bertanya dan mendiskusikan dengan teman jika ada materi yang belum dipahami. Jika jawaban belum memuaskan mahasiswa dipersilahkan untuk mencatat materi yang mana pada diktat ini yang belum dimengerti dan selanjutnya bisa ditanyakan dosen fasilitator pada kesempatan tatap muka secara langsung atau melalui daring.

## BAB 2 KONSEP TEORI

### 2.1 Definisi

*Cerebro Vaskular Accident* (CVA) atau biasa dikenal sebagai stroke adalah gangguan fungsi syaraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah dalam otak yang dapat timbul secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) dengan gejala atau tanda yang sesuai dengan daerah yang terganggu. (Harsono, 1996).

Stroke atau cedera cerebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Suzanne, 2002). Kata “stroke” didefinisikan sebagai suatu sindroma akibat lesi vaskuler regional di Sistem Saraf Pusat (SSP) yang terjadi secara tiba-tiba dengan progresi cepat, dan dapat mengakibatkan adanya defisit neurologis lokal ataupun global sehingga terjadi kelumpuhan ataupun kematian pada penderita. Kalau lesi tersebut terjadi karena ada penyumbatan arteri, maka infark yang terjadi disebut “**infark iskemik**”, sedangkan kalau terjadi karena pecahnya arteri maka disebut “**infark hemoragik**”. Hal tersebut mendasari pembagian stroke menjadi dua tipe, yaitu :

1. Stroke iskemik, yang dibedakan menjadi dua :
  - a. Stroke trombotik, disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah oleh bekuan darah atau thrombus. Atherosclerosis plaque dapat mempersempit pembuluh darah, sehingga membuat aliran darah lebih bergejolak dan mendorong terbentuknya bekuan darah atau thrombus.
  - b. Stroke embolik, dimana penyumbatan disebabkan oleh suatu fragmen dari thrombus, yaitu embolus yang dapat masuk kedalam arteri-arteri yang lebih kecil di dalam otak. Seseorang dengan penyakit jantung akan lebih beresiko karena selalu embolus yang kurang berfungsi dengan baik di jantung akan terbawa oleh aliran darah ke otak.

#### 2. Stroke Hemoragik

Stroke perdarahan yang disebabkan karena pecahnya pembuluh darah yang mengalami arteriosklerotik akibat tekanan intravaskuler yang tinggi. Dalam beberapa jam penderita dapat jatuh pada keadaan koma dan yang lebih parah bisa meninggal.

### 2.2 Etiologi

Penyebab terjadinya stroke adalah:

#### 1. Stroke iskemik

##### 1) Trombosis

Trombosis merupakan penyebab stroke paling sering. Trombosis ditemukan pada 40% dari semua kasus stroke yang telah dibuktikan oleh para ahli

patologi. Biasanya ada kaitannya dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis.

## 2) Embolus

Embolisme serebri termasuk urutan kedua dan merupakan 5-15% dari berbagai penyebab utama stroke. Dari penelitian epidemiologi (community based) didapatkan bahwa sekitar 50% dari semua serangan iskemia otak, apakah yang permanen atau yang transien, diakibatkan oleh komplikasi trombotik atau embolik dari ateroma, yang merupakan kelainan dari arteri ukuran besar atau sedang; dan sekitar 25% disebabkan oleh penyakit pembuluh darah kecil di intra cranial dan 20% oleh emboli dari jantung (Lumbantobing, 2001).

## 2. Stroke Hemoragik

### 1) Perdarahan serebri

Perdarahan serebri termasuk urutan ketiga dari semua penyebab kasus gangguan pembuluh darah otak dan merupakan persepuluh dari semua kasus penyakit ini. Perdarahan intrakranial biasanya disebabkan oleh ruptura arteria serebri.

### 2) Pecahnya aneurisma di otak

Biasanya perdarahan serebri terjadi akibat aneurisme yang pecah maka penderita biasanya masih muda dan 20% mempunyai lebih dari satu aneurisme. Dan salah satu dari ciri khas aneurisme adalah kecendrungan mengalami perdarahan ulang (Price, 1995)

### 3) Penyebab lain (dapat menimbulkan infark atau perdarahan)

- a. Trombosis sinus dura
- b. Diseksi arteri karotis atau vertebralis
- c. Vaskulitis sistem syaraf pusat
- d. Oklusi arteri besar intrakranial yang progresif
- e. Migrain
- f. Penyalahgunaan obat kokain dan amfetamin
- g. Kelainan hematologis (anemia sel sabit, polisitemia atau leukemia)

## 2.3 Faktor resiko CVA

1. Hipertensi
2. Penyakit kardiovaskuler: arteri koroner, gagal jantung kongestif, fibrilasi atrium, penyakit jantung kongestif
3. Kolesterol tinggi
4. Obesitas
5. Peningkatan hematokrit (resiko infark serebral)
6. Diabetes Melitus

7. Kontrasepsi oral (khususnya pasien dengan disertai hipertensi, merokok, kadar estrogen tinggi)
8. Penyalahgunaan obat (kokain)
9. Konsumsi alkohol (Suzanne, 2022)

## **2.4 Patofisiologi**

Otak merupakan 2% dari berat tubuh total. Dalam keadaan istirahat otak menerima seperenam dari curah jantung. Otak mempergunakan 20% dari oksigen tubuh. Otak sangat tergantung kepada oksigen, bila terjadi anoksia seperti yang terjadi pada CVA di otak mengalami perubahan metabolik, kematian sel dan kerusakan permanen yang terjadi dalam 3 sampai dengan 10 menit (non aktif total). Pembuluh darah yang paling sering terkena ialah arteri serebral dan arteri karotis interna. Adanya gangguan peredaran darah otak dapat menimbulkan jejas atau cedera pada otak melalui empat mekanisme, yaitu:

1. Penebalan dinding arteri serebral yang menimbulkan penyempitan atau penyumbatan lumen sehingga aliran darah dan suplainya ke sebagian otak tidak adekuat, selanjutnya akan mengakibatkan perubahan-perubahan iskemik otak. Bila hal ini terjadi sedemikian hebatnya, dapat menimbulkan nekrosis.
2. Pecahnya dinding arteri serebral akan menyebabkan bocornya darah ke jaringan (hemorrhage).
3. Pembesaran sebuah atau sekelompok pembuluh darah yang menekan jaringan otak.
4. Edema serebri yang merupakan pengumpulan cairan di ruang interstitial jaringan otak.

Konstriksi lokal sebuah arteri mula-mula menyebabkan sedikit perubahan pada aliran darah dan baru setelah stenosis cukup hebat dan melampaui batas kritis terjadi pengurangan darah secara drastis dan cepat. Oklusi suatu arteri otak akan menimbulkan reduksi suatu area dimana jaringan otak normal sekitarnya yang masih mempunyai pendarahan yang baik berusaha membantu suplai darah melalui jalur-jalur anastomosis yang ada. Perubahan awal yang terjadi pada korteks akibat oklusi pembuluh darah adalah gelapnya warna darah vena, penurunan kecepatan aliran darah dan sedikit dilatasi arteri serta arteriole. Selanjutnya akan terjadi edema pada daerah ini. Selama berlangsungnya peristiwa ini, autoregulasi sudah tidak berfungsi sehingga aliran darah mengikuti secara pasif segala perubahan tekanan darah arteri. Di samping itu reaktivitas serebrovaskuler terhadap PCO<sub>2</sub> terganggu. Berkurangnya aliran darah serebral sampai ambang tertentu akan memulai serangkaian gangguan fungsi neural dan terjadi kerusakan jaringan secara permanen.

## **2.5 Manifestasi Klinis**

Gejala CVA muncul akibat daerah otak tertentu tidak berfungsi yang disebabkan oleh terganggunya perfusi darah ke area tersebut. Gejala muncul bervariasi bergantung pada bagian otak yang terganggu. Adapun gejala CVA bersifat sebagai berikut:

1. Sementara timbul hanya sebentar selama beberapa menit sampai beberapa jam dan hilang sendiri dengan atau tanpa pengobatan. Hal ini disebut *Transient Ischemic Attack* (TIA). Serangan bisa muncul lagi dalam wujud sama, memperberat atau malah menetap.
2. Sementara namun gejala timbul lebih dari 24 jam dan disebut *Reversible Ischemic Neurologic Defisit* (RIND).
3. Gejala semakin lama semakin berat (progresif). Hal ini disebabkan gangguan aliran darah semakin lama semakin berat yang disebut *progressing stroke* atau *stroke inevolution*.
4. Sudah menetap/ permanen (Harsono, 1996).

Berdasarkan klasifikasi dari stroke, maka gejala-gejalanya adalah sebagai berikut:

#### 1. Stroke Iskemik

- Kelemahan pada satu atau keempat anggota gerak atau hemiparese
- Nyeri kepala
- Mual, muntah
- Pandangan kabur
- Dysfhagia

#### 2. Stroke Hemoragik (perdarahan)

- Penurunan kesadaran
- Pernapasan cepat, nadi cepat
- Gejala fokal berupa hemiplegi
- Pupil mengecil
- Kaku kuduk

### 2. 6 Pemeriksaan Penunjang

#### 1. CT Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark

#### 2. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri.

#### 3. Pungsi Lumbal

Menunjukkan adanya tekanan normal - tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan

#### 4. MRI

Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik.

#### 5. EEG

Memperlihatkan daerah lesi yang spesifik

#### 6. Ultrasonografi Dopler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena



## 7. Sinar X Tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal (Marilynn, 2000)

### 2.7 Penatalaksanaan

#### 1. Perawatan Stroke Iskemik

- a. Menurunkan edema serebri dengan diuretik.
- b. Pemeliharaan tekanan perfusi cerebral yang optimal.
- c. Terapi korektif terhadap kelainan sebagai berikut :
  - Diabetes Mellitus
  - Untuk memperbaiki faktor perlekatan trombosit
  - Edema paru

#### 2. Perawatan Stroke Hemorogik

- a. Menurunkan tekanan darah secara pelan-pelan
- b. Mempercepat penghentian perdarahan
- c. Terapi korektif terhadap kelainan seperti pada perawatan stroke
- d. Antikonvulsan bila timbul kejang.

#### 3. Perawatan Pasca Stroke

- a. Acetosal 80 – 320 mg / hari
- b. Tiklopidin 250 – 500 mg/hari ( bila tidak tahan acetosal)
- c. Acetosal dosis rendah 80 mg + citostozal 50–100 mg/ hari
- d. Acetosal 80 mg + dipridamol 75-150 mg/ hari.

#### 4. Tindakan Operatif

Hanya dilakukan pada pasien dengan indikasi tertentu, seperti :

- a. Phlebotomy untuk polisitemia
- b. Enarterektomy Carotis hanya dilakukan pada pasien yang siptomatik dengan stenosis 70- 99% unilateral dan baru
- c. Tindakan operatif lainnya (reseksi artery vein malformation/ AVM, kliping aneurisma Berry).

#### 5. Rehabilitasi psikoterapi

Memantau dan menenangkan kondisi kejiwaan penderita stroke yang tentunya sudah dikacaukan oleh kenyataan bahwa kesembuhan yang mutlak memang tidak mungkin pada kasus ini, pasti ada sisa-sisa defek yang diakibatkan oleh serangan stroke.

#### 6. Rehabilitasi fisioterapi

- Positioning
- *Range of motion* (ROM): Latihan pasif anggota gerak atas dan bawah, serta latihan gerak aktif atas dan bawah.
- Latihan keseimbangan
- Latihan *activity of daily living*

#### 7. Rehabilitasi sosioterapi

Dengan melatih cara berkomunikasi, misalnya menulis, mendengar radio, dan sebagainya, serta melatih daya ingat klien.

#### 8. Anti koagulan: Mencegah memberatnya trombosis dan embolisasi (Suzanne, 2002).

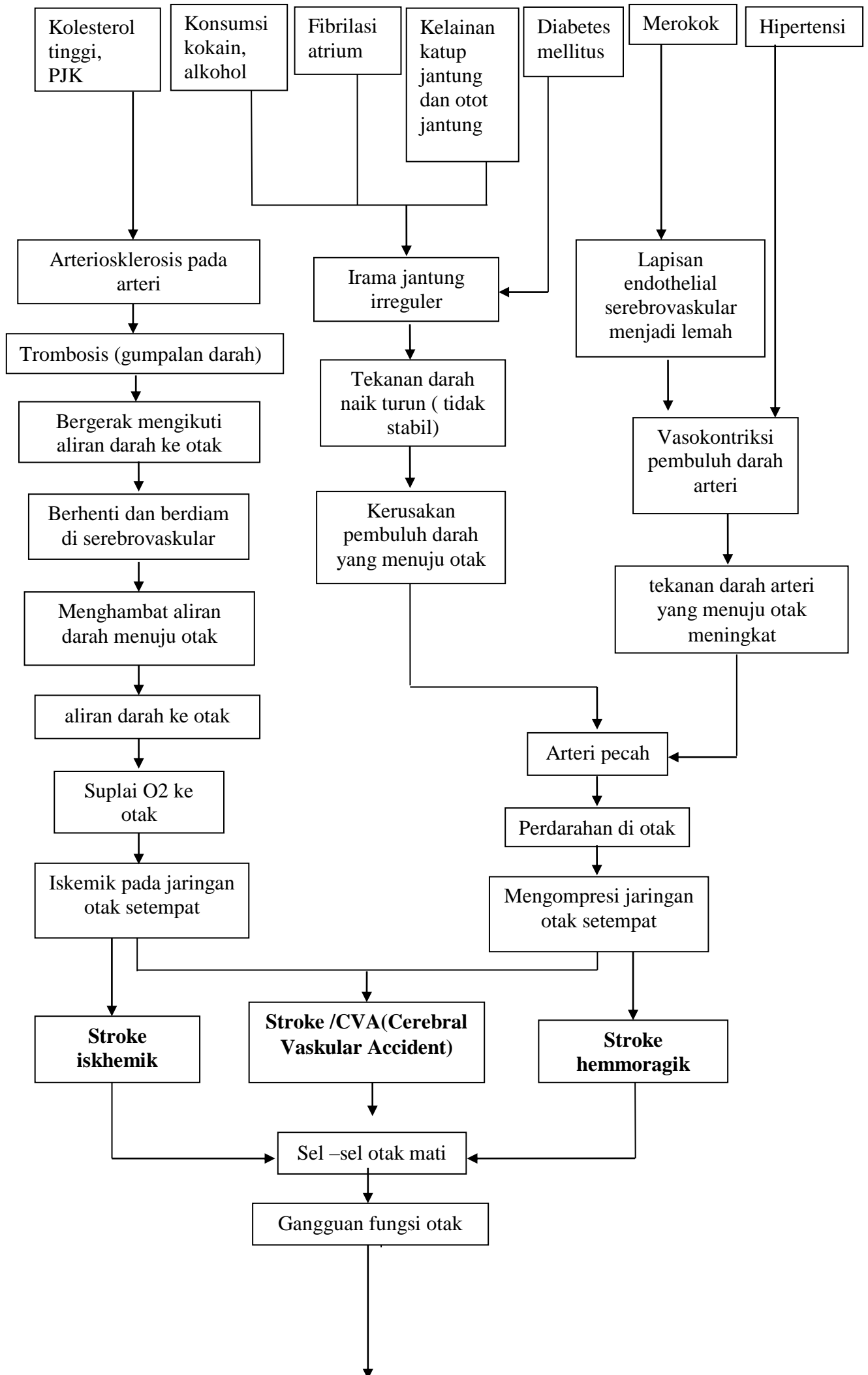
Perawat harus mengkaji masalah-masalah seperti hipertensi dan peningkatan tekanan intra kranial (PTIK). Pasien dengan hipertensi sedang biasanya tidak ditangani secara akut. Jika tekanan darah lebih rendah setelah otak terbiasa dengan hipertensi karena perfusi yang adekuat, maka tekanan perfusi otak akan turun sejalan dengan tekanan darah. Jika tekanan darah diastolic diatas kira-kira 105 mmHg, maka tekanan tersebut harus diturunkan secara bertahap. Tindakan ini harus disesuaikan dengan efektif menggunakan nitropusid.

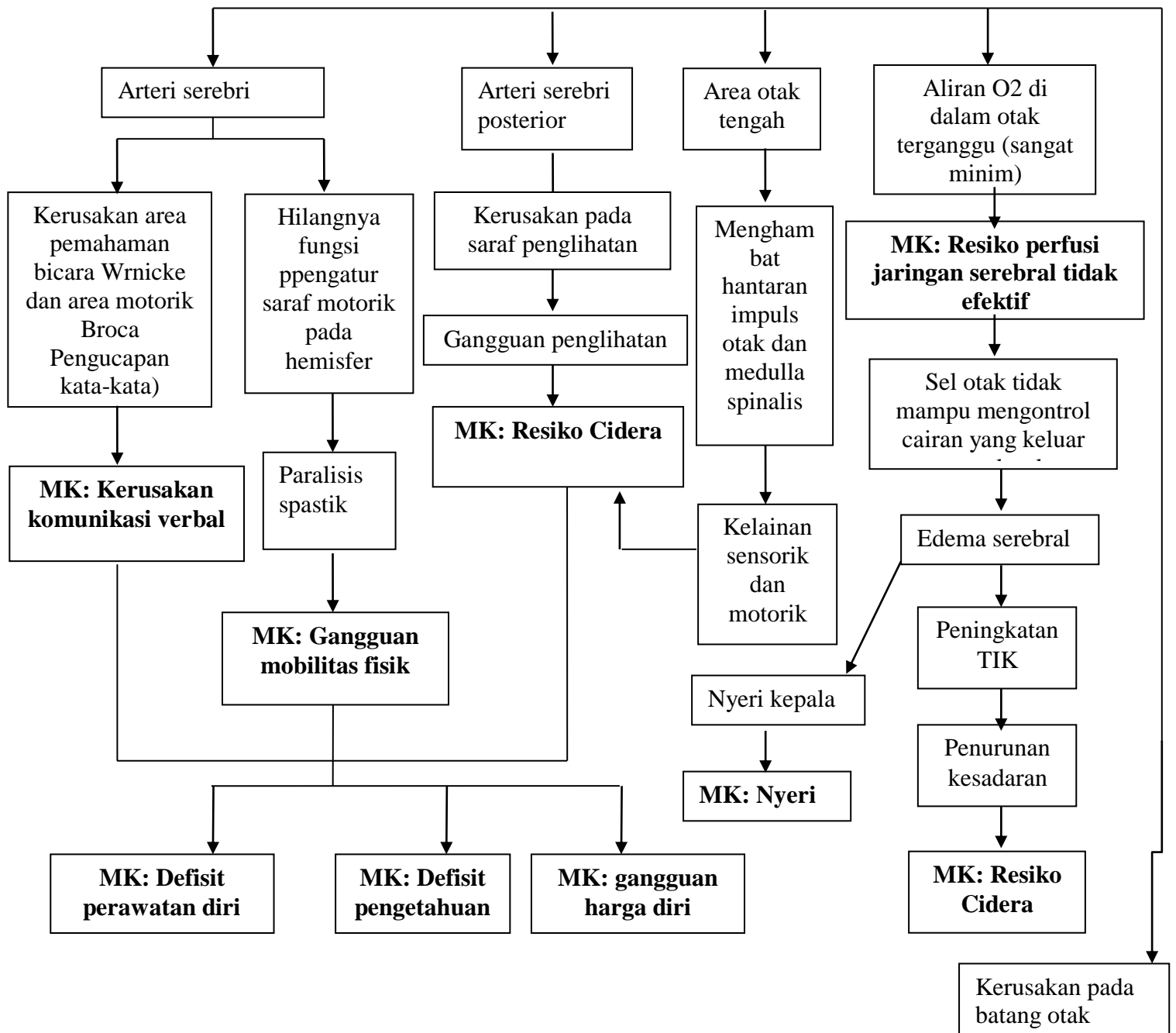
Jika TIK (Tekanan Intra Kranial) meningkat pada pasien stroke, maka hal tersebut biasanya terjadi setelah hari pertama. Meskipun ini merupakan respons alamiah otak terhadap beberapa lesi serebrovaskular, namun hal ini merusak otak. Metoda yang lazim dalam mengontrol PTIK mungkin dilakukan seperti hyperventilasi, retensi cairan, meninggikan kepala, menghindari fleksi kepala, dan rotasi kepala yang berlebihan yang dapat membahayakan aliran balik vena ke kepala. Gunakan diuretik osmotik seperti manitol dan mungkin pemberian deksamethasone meskipun penggunaannya masih merupakan kontroversial.

### **2. 8 Komplikasi**

1. TIK meningkat
2. Aspirasi
3. Atelektasis
4. Kontraktur
5. Disritmia jantung
6. Malnutrisi
7. Gagal napas

## 2.9 WOC





## **2.10 Asuhan Keperawatan**

### **2.10.1 Pengkajian**

#### 1. Anamnesa

##### 1) Keluhan utama

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

##### 2) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

##### 3) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat- obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. (Tucker, 1998)

##### 4) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes melitus, gangguan kejang, kelainan neurologis, kanker, stroke, retardasi mental.

##### 5) Riwayat psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengganggu keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga.

##### 6) Pola fungsi kesehatan

###### a. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Biasanya ada riwayat perokok, penggunaan alkohol, penggunaan obat kontrasepsi.

###### b. Pola nutrisi dan metabolisme

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut (menandakan adanya PTIK).

###### c. Pola eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus.

###### d. Pola aktivitas dan latihan

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi, mudah lelah.

###### e. Pola tidur dan istirahat

Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot.

f. Pola hubungan dan peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.

g. Pola persepsi dan konsep diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif.

h. Pola sensori dan kognitif

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan/kekaburan pandangan, perabaan/sentuhan menurun pada muka dan ekstremitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir.

i. Pola reproduksi dan seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamin.

j. Pola penanggulangan stres

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

## 2. Pemeriksaan Fisik

### 1) Keadaan umum

- Kesadaran : umumnya mengalami penurunan kesadaran
- Suara bicara : kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara
- Tanda-tanda vital : tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi

### 2) Pemeriksaan integumen

- Kulit : jika klien kekurangan O<sub>2</sub> kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit kan jelek. Di samping itu perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien CVA Bleeding harus bed rest 2- 3 minggu
- Kuku: perlu dilihat adanya clubbing finger, cyanosis.
- Rambut: umumnya tidak ada kelainan

### 3) Pemeriksaan kepala dan leher

- Kepala: bentuk normocephalik
- Muka : umumnya tidak simetris yaitu mencong ke salah satu sisi
- Leher : kaku kuduk jarang terjadi (Satyanegara, 1998)

4) Pemeriksaan dada

Pada pernafasan kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan.

5) Pemeriksaan abdomen

Didapatkan penurunan peristaltik usus akibat bed rest yang lama, dan kadang terdapat kembung.

6) Pemeriksaan inguinal, genetalia, anus

Kadang terdapat incontinenasia atau retensio urine.

7) Pemeriksaan ekstremitas

Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

8) Pemeriksaan neurologi

- Pemeriksaan nervus cranialis

Umumnya terdapat gangguan nervus cranialis VII dan XII central.

- Pemeriksaan motorik

Hampir selalu terjadi kelumpuhan/kelemahan pada salah satu sisi tubuh.

- Pemeriksaan sensorik

Dapat terjadi hemiparestes

- Pemeriksaan reflek

Pada fase akut reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis.

### **2.10.2 Diagnosa Keperawatan**

1. Pola nafas tak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan
2. Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif b.d terputusnya aliran darah : penyakit oklusi, perdarahan, spasme pembuluh darah serebral, edema cerebral.
3. Gangguan mobilitas fisik b.d keterlibatan neuromuskuler: kelemahan, parastesia; flaksid/ paralysis hipotonik (awal); paralysis spastic
4. Nyeri akut b.d spasme pembuluh darah serebral
5. Kerusakan komunikasi verbal b.d kerusakan sirkulasi serebral; kerusakan neuromuskuler, kehilangan tonus/ kontrol otot fasial; kelemahan/ kelelahan umum.
6. Resiko cedera b.d perubahan resepsi sensori, transmisi, integrasi (trauma neurologis/ deficit).
7. Defisit perawatan diri b.d penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan control / koordinasi otot
8. Gangguan harga diri b.d perubahan biofisik, psikososial, perceptual kognitif.
9. Defisit pengetahuan b.d keterbatasan kognitif, kesalahan interpretasi informasi, kurang meningkat.

### 2.10.3 Intervensi Keperawatan

1. Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif b.d terputusnya aliran darah: penyakit oklusi, perdarahan, spasme pembuluh darah serebral, edema serebral

Dibuktikan dengan:

- Perubahan tingkat kesadaran , kehilangan memori
- Perubahan respon sensorik/ motorik, kegelisahan
- Defisit sensori , bahasa, intelektual dan emosional
- Perubahan tanda tanda vital

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam perfusi jaringan serebral membaik.

Kriteria hasil:

- Terpelihara dan meningkatnya tingkat kesadaran, kognisi dan fungsi sensori/ motor
- Menampakkan stabilisasi tanda vital dan tidak ada PTIK
- Peran pasien menampakkan tidak adanya kemunduran/ kekambuhan

Intervensi	Rasional
<p><b>Independen</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan faktor- faktor yang berhubungan dengan situasi individu/ penyebab koma/ penurunan perfusi serebral dan potensial PTIK</li> <li>2. Monitor dan catat status neurologis secara teratur</li> <li>3. Evaluasi pupil (ukuran bentuk kesamaan dan reaksi terhadap cahaya )</li> <li>4. Monitor tanda- tanda vital</li> <li>5. Bantu untuk mengubah pandangan, misalnya pandangan kabur, perubahan lapang pandang / persepsi lapang pandang</li> <li>6. Bantu meningkatkan fungsi, termasuk bicara jika pasien mengalami gangguan fungsi</li> <li>7. Pertahankan tirah baring, sediakan lingkungan yang tenang, atur kunjungan sesuai indikasi</li> <li>8. Kepala dielevasikan perlahan lahan pada posisi netral</li> </ol>	<p>Mengetahui faktor yang mempersulit penyakit (CVA)</p> <p>Memantau keadaan klien yang berhubungan dengan sarafnya</p> <p>Mengetahui fungsi pupil masih normal atau tidak</p> <p>Memantau keadaan klien melalui TTV</p> <p>Membantu klien memperjelas penglihatannya untuk kenyamanan klien.</p> <p>Dengan bicara normal, klien bisa berkomunikasi dengan baik</p> <p>Memberi kesempatan klien untuk istirahat total agar staminanya bisa pulih.</p> <p>Dengan posisi elevasi, klien bisa bernapas dengan mudah dan mencegah pusing.</p>
<p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Berikan suplemen oksigen sesuai indikasi</li> <li>10. Berikan medikasi sesuai indikasi : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antifibrolitik, misal aminocaproic acid (amicar)</li> <li>• Antihipertensi</li> <li>• Vasodilator perifer, missal cyclandelate, isoxsuprine.</li> <li>• Manitol</li> </ul> </li> </ol>	<p>Memenuhi kebutuhan oksigen klien agar klien dapat bernapas dengan normal.</p> <p>Mencegah terjadinya fibrilasi</p> <p>Mencegah pembuluh darah bertekanan tinggi.</p> <p>Memperlebar pembuluh darah agar tekanannya tidak meninggi.</p>



2. Gangguan mobilitas fisik b.d keterlibatan neuromuskuler: kelemahan, parastesia; flaksid/ paralysis hipotonik (awal) ; paralysis spastis

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam klien bisa bergerak aktif dengan bebas

Kriteria Hasil:

- 1) Mempertahankan posisi optimal dari fungsi yang dibuktikan oleh tak adanya kontraktur, footdrop.
- 2) Mempertahankan/ meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terkena/ kompensasi.
- 3) Mempertahankan integritas kulit.

Intervensi	Rasional
1. Ubah posisi minimal setiap 2 jam (telentang, miring) dan sebagainya dan jika memungkinkan bias lebih sering jika diletakkan dalam posisi yang terganggu.	Menurunkan resiko terjadinya trauma/ iskemia jaringan. Daerah yang terkena mengalami perburukan/ sirkulasi yang lebih jelek dan menurunkan sensasi dan lebih besar menimbulkan kerusakan pada kulit/ dekubitus.
2. Letakkan pada posisi telungkup satu kali atau dua kali sehari jika pasien dapat mentoleransinya.	Membantu mempertahankan ekstensi pinggul fungsional; tetapi kemungkinan akan meningkatkan ansietas terutama mengenai kemampuan pasien untuk bernapas.
3. Mulailah melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif pada semua ekstremitas. Anjurkan melakukan latihan seperti latihan quadrisep/ gluteal, meremas bola karet, melebarkan jari-jari dan kaki/ telapak.	Meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, membantu mencegah kontraktur.
4. Sokong ekstremitas dalam posisi fungsionalnya, gunakan papan kaki/ foot board selama periode paralysis flaksid,. Pertahankan posisi kepala netral.	Mencegah kontraktur/ foot drop dan memfasilitasi kegunaannya jika berfungsi kembali. Paralysis flaksid dapat mengganggu kemampuannya untuk menyangga kepala, di lain pihak paralysis spastic dapat mengarah pada deviasi kepala ke salah satu sisi.
5. Inspeksi kulit terutama pada daerah-daerah yang menonjol secara teratur. Lakukan masase secara hati-hati pada daerah yang kemerahan dan berikan alat bantu seperti bantalan lunak kulit sesuai kebutuhan.	Titik-titik tekanan pada darah yang menonjol paling berisiko untuk terjadinya penurunan perfusi/ iskemia. Stimulasi sirkulasi dan memberikan bantalan membantu mencegah kerusakan kulit dan berkembangnya dekubitus.
Kolaborasi 6. Berikan tempat tidur dengan matras bulat (seperti egg crate mattress) atau tempat tidur khusus sesuai indikasi.	Meningkatkan distribusi merata berat badan yang menurunkan tekanan pada tulang- tulang tertentu dan membantu untuk mencegah kerusakan kulit/ terbentuknya dekubitus.
7. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi secara aktif. Latihan resistif, dan ambulasi pasien.	Program yang khusus dapat dikembangkan untuk menemukan kebutuhan yang berarti/ menjaga kekurangan tersebut dalam keseimbangan, koordinasi dan kekuatan.
8. Berikan obat relaxan otot,	Mungkin diperlukan untuk menghilangkan

antispasmodic sesuai indikasi, seperti baklofen, dantrolen.	spastisitas pada ekstremitas yang terganggu.
---	--

3. Kerusakan komunikasi verbal b.d kerusakan sirkulasi serebral; kerusakan neuromuskuler, kehilangan tonus/ control otot fasial; kelemahan/ kelelahan umum.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam komunikasi klien lancar, klien bias memahami baik komunikasi individual maupun komunikasi intrapersonal.

Kriteria Hasil:

- 1) Mengindikasikan pemahaman tentang masalah komunikasi
- 2) Membuat metode komunikasi dimana kebutuhan dapat diekspresikan.

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1. Kaji tipe/ derajat disfungsi, seperti pasien tidak tampak memahami kata atau mengalami kesulitan berbicara atau membuat pengertian sendiri.	Membantu menentukan daerah dan derajat kerusakan serebral yang terjadi dan kesulitan pasien dalam beberapa atau seluruh tahap proses komunikasi. Pasien mungkin mempunyai kesulitan memahami kata yang diucapkan (afasia sensorik/ kerusakan pada area Wernick); mengucapkan kata-kata dengan benar (afasia ekspresi/ kerusakan pada area bicara Broca) atau mengalami kerusakan pada kedua daerah tersebut.
2. Mintalah pasien untuk mengikuti perintah sederhana (seperti “buka mata”, “tunjuk ke pintu”) ulangi dengan kata/ kalimat yang sederhana.	Melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan sensorik (afasia sensorik)
3. Berikan metode komunikasi alternative, seperti menulis di papan tulis, gambar. Berikan petunjuk visual (gerakan tangan, gambar-gambar, daftar kebutuhan, demonstrasi).	Memberikan komunikasi tentang kebutuhan berdasarkan keadaan/deficit yang mendasarinya.
4. Katakan secara langsung dengan pasien, bicara perlahan dan dengan tenang. Gunakan pertanyaan terbuka dengan jawaban “ya/tidak”, selanjutnya kembangkan pada pertanyaan yang lebih kompleks sesuai dengan respon pasien.	Menurunkan kebingungan/ ansietas sealam proses komunikasi dan berespons pada informasi yang lebih banyak pada satu waktu tertentu. Sebagai proses latihan kembali untuk lebih mengembangkan komunikais lebih lanjut dan lebih kompleks akan menstimulasi memori dan dapat meningkatkan asosiasi ide/ kata.
Kolaborasi 5. Konsultasikan dengan/ rujuk kepada ahli terapi wicara.	Pengkajian secara individual kemampuan bicara dan sensori, motorik, dan kognitif berfungsi untuk mengidentifikasi kekurangan/ kebutuhan terapi.

4. Defisit perawatan diri b.d penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan control/ koordinasi otot

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam kondisi tubuh terawat, klien dapat beraktivitas sesuai kemampuan

Kriteria Hasil:

- 1) Mendemonstrasikan teknik/ perubahan gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.
- 2) Melakukan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri.

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1. Hindari melakukan sesuatu untuk pasien yang dapat dilakukan pasien sendiri.	Pasien ini mungkin menjadi sangat ketakutan dan sangat tergantung dan meskipun bantuan yang diberikan bermanfaat dalam mencegah frustrasi, adalah penting bagi pasien untuk melakukan sebanyak mungkin untuk diri sendiri untuk mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan.
2. Gunakan alat bantu pribadi	Pasien dapat menanganai diri sendiri, meningkatkan kemandirian dan harga diri.
3. Identifikasi kebiasaan defekasi sebelumnya dan kembalikan pada kebiasaan pola normal tersebut. Kadar makanan yang berserat, anjurkan untuk minum banyak dan tingkatkan aktivitas.	Mengkaji perkembangan program latihan (mandiri) dan membantu dalam pencegahan konstipasi dan sembelit (penngaruh jangka panjang).
Kolaborasi 4. Berikan obat supositoria dan pelunak feses.	Mungkin dibutuhkan pada awal untuk membantu menciptakan/ merangsang fungsi defekais teratur.

### **BAB 3**

### **PENUTUP**

Stroke/CVA adalah gangguan fungsi syaraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah dalam otak yang dapat timbul secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) dengan gejala atau tanda yang sesuai dengan daerah yang terganggu. Penyebab terjadinya stroke iskemik adalah trombosis yang biasanya ada kaitannya dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis dan embolus serebri. Sedangkan penyebab stroke hemoragik bisa diakibatkan oleh perdarahan serebri yang biasanya disebabkan oleh ruptura arteria serebri, pecahnya aneurisma di otak, dan penyebab lain (dapat menimbulkan infark atau perdarahan seperti hipertensi, DM, penyakit jantung kongestif). Hasil anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditemukan beberapa data yang dapat ditegakkan masalah keperawatan pola nafas tak efektif, resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, nyeri akut, resiko cedera, defisit perawatan diri, gangguan harga diri, dan defisit pengetahuan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L.J., (2005), *Diagnosa Keperawatan: aplikasi pada praktik klinis (ed. Indonesia)*, ed ke 6, Jakarta: EGC
- Ganong, W.F., (2003), *Review of medical physiology*, 20th ed. London: Prentice Hall International, Ltd.
- Lewis, S.L., Dirksen, S.R., Heitkemper, M.M., Bucher, L., Harding, M.M., (2014), *Medical surgical nursing, assessment and management of clinical problems*, Canada: elseiver
- Montague, S.E., (2005), *Physiology for nursing practice*, London: Elsevier
- Price dan Wilson. 2006. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses- Proses Penyakit*. Ed: 6. Jakarta: EGC
- Sherwood, L., (2003), *Human physiology: From cell to system*, 3rd edition, New York: Thomson Learning
- Silverthorn, D.U., (2004), *Human physiology: an integrated approach*, 3rd edition, San Fransisco: Pearson Education
- Skidmore-Roth, L., (2009), *Mosby's 2009 nursing drug reference*, Toronto: Mosby
- Smeltzer, Suzanne., & Bare, B. (2003). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing (10<sup>th</sup> ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.