

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk lebih memahami asuhan keperawatan pada pasien CVA Infark dalam hal ini penulis mengambil salah satu pasien dengan kasus CVA Infark di ruang multazam RS SITI KHODIJAH Sepanjang Sidoarjo. Dimana dalam kasus ini penulis memberikan asuhan keperawatan secara intensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

#### **3.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian: Pada tanggal 29 Januari 2015 jam 16.00 WIB.

##### 1. Identitas

Nama pasien adalah Ny. NB. Ia berjenis perempuan. Usianya 53 tahun. Bersuku Bangsa Jawa. Ibu rumah tangga. Pendidikan terakhirnya adalah SMP. Alamat rumah : Panjungan Sukodono. Di ruang Multazam, No.Register 476673, Tanggal MRS 28 Januari 2015 jam 11.00 WIB, dengan CVA Infark.

##### 2. Keluhan Utama

Mual dan pusing

##### 3. Riwayat kesehatan :

###### a) Riwayat Kesehatan/Penyakit Sekarang :

Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien bangun tidur tiba-tiba badan terasa lemas, tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakkan, bicara pelo dan tubuh miring ke kanan. Kemudian pasien langsung di bawa ke UGD RS.SITI KHODIJAH Sepanjang Sidoarjo pada

tanggal 28 Januari 2015 jam 11.00 WIB mendapat terapi injeksi Brainact 500 mg/IV dan langsung masuk rumah sakit di ruang Multazam.

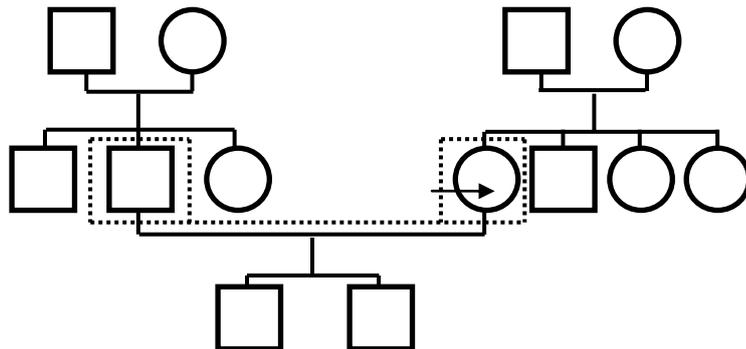
b) Riwayat Kesehatan/Penyakit Dahulu :

Keluarga pasien mengatakan pasien punya riwayat diabetes melitus sejak 1 tahun yang lalu kemudian pasien juga punya riwayat hipertensi 1 tahun yang lalu, 1 bulan yang lalu pasien juga masuk rumah sakit karena sakit stroke.

c) Riwayat Kesehatan/Penyakit Keluarga :

Keluarga pasien mengatakan keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit CVA, Hipertensi, dan diabetes melitus.

Genogram :



Keterangan :

□ : Laki-Laki

○ : Perempuan

→ : Pasien

.... : Tinggal 1 rumah

Gambar 3.1 Genogram

4. Pola Fungsi Kesehatan :

a) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit , mandi 3x sehari, sikat gigi 2x sehari dan mencuci rambut 3 hari 1x.

Selama di rumah sakit keluarga pasien mengatakan di seka 2x sehari dibantu sama anaknya, dan gosok gigi pasien 1x sehari dan tidak pernah mencuci rambut.

**Masalah Keperawatan : Defisit perawatan diri.**

b) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit makan 3x sehari, dengan jenis makanan yang di makan yaitu : nasi, sayur, lauk, dan buah kadang-kadang. Pasien tidak mempunyai alergi makanan, pasien biasa minum air putih 1500 cc/hari.

Selama masuk rumah sakit makan 3x sehari dengan diit BHRG (bubur halus rendah garam) dan diit DM, habis  $\frac{3}{4}$  porsi dengan dibantu keluarga, nafsu makan menurun, minum air putih  $\pm$  1 liter/hari, pasien terkadang mual tetapi tidak muntah.

A : Makan habis  $\frac{3}{4}$  porsi

B : WBC 9.80 [ $10^3$ /UL]

HGB 16.2 [g/DL]

PLT 373 [ $10^3$ /UL]

GDA (Enzimatik (Q-GDH)) 289

C : Pasien mual

D : Diit BHRG dan diit DM.

Ttv : T = 170/110 mmhg, N = 92 x/menit, S = 36,3°C, RR = 18 x/menit.

**Masalah Keperawatan : Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi.**

c) Pola Eliminasi

(a) Eliminasi Alvi

Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit Buang Air Besar tiap pagi warna kuning, tidak ada kesulitan untuk Buang Air Besar, konsistensi lembek

Keluarga pasien mengatakan selama di rumah sakit pasien tidak bisa Buang Air Besar selama 3 hari.

**Masalah Keperawatan : Inkontinensia alvi.**

(b) Eliminasi Uri

Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit biasanya Buang Air Kecil  $\pm$  250cc 4-5x dalam sehari, warna kuning jernih, dan berbau khas.

Selama di rumah sakit pasien sering BAK tetapi tidak terasa, pasien pakai pempers, warna kuning dan bau khas.

**Masalah Keperawatan : Inkontinensia uri.**

d) Pola Istirahat dan Tidur

Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien biasa tidur malam  $\pm$  8 jam.

Selama di rumah sakit keluarga pasien mengatakan siang tidur sekitar 1 jam, kalau malam  $\pm$  5 jam, pasien juga kadang terbangun tetapi pasien juga bisa tidur lagi.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.**

e) Pola Aktivitas dan Latihan

Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan mandiri karena tidak ada keterbatasan aktivitas misalnya duduk, berjalan, makan, mandi dan lain-lain.

Selama di rumah sakit keluarga pasien mengatakan pasien sulit untuk aktivitas karena kelemahan tangan kiri dan kaki kiri, semua aktivitas di bantu keluarga, pasien juga mudah lelah.

**Masalah Keperawatan : Kerusakan mobilitas fisik.**

f) Pola Persepsi dan Konsep Diri

(a) Harga Diri : Pasien mengatakan tidak malu dengan penyakitnya.

(b) Ideal Diri : Pasien mengatakan takut jika penyakitnya tidak bisa disembuhkan.

(c) Identitas Diri : Pasien mengatakan bahwa dirinya berumur 53 tahun.

(d) Peran : Pasien berperan sebagai ibu dari 2 anaknya.

(e) Gambaran Diri : Pasien mengatakan bahwa penyakit yang dideritanya adalah cobaan dari Allah SWT.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.**

g) Pola Sensori dan Kognitif

Sensori : Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan atau perkaburan pandangan.

Kognitif : Pasien mengetahui tentang penyakitnya, dan perawatannya.

**Masalah Keperawatan : Tidak masalah keperawatan.**

h) Pola Reproduksi Seksual

Pasien mengatakan bahwa dirinya seorang perempuan berusia 53 tahun dan sudah menikah.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.**

i) Pola Hubungan dan Peran

Hubungan pasien dengan suami dan anaknya baik, pasien berperan sebagai ibu rumah tangga dari 2 orang anaknya.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.**

j) Pola Penanggulangan Stress

Keluarga pasien mengatakan saat di rumah jika ada masalah selalu di bicarakan dengan anak dan keluarganya.

Sedangkan selama di rumah sakit keluarga pasien kadang mengalami kesulitan untuk membicarakan masalah karena sulit untuk berkomunikasi.

**Masalah Keperawatan : Kerusakan komunikasi verbal.**

k) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Keluarga pasien mengatakan beragama islam, shalat 5 waktu. Selama di rumah sakit pasien melakukan shalat dengan berbaring.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.**

5. Pemeriksaan Fisik :

a) Status kesehatan umum

Keadaan penyakit : Sedang

Kesadaran : Komposmentis

Suara bicara : Disartria

Pernafasan : Frekuensinya 20 x/menit, irama : Reguler

Tipe pernafasan : Normal, Kedalaman : Normal  
Suhu tubuh : 36,4°C  
Nadi : Frekuensi 94 x/menit, iramanya : Reguler  
Tekanan darah : 170/100 mmhg  
Lain-lain : -

- b) Kepala : Rambut beruban, bentuk simetris, Tidak ada benjolan, kulit kepala bersih.
- c) Muka : Bentuk bulat, tidak ada luka pada wajah.
- d) Mata : Bentuk simetris, konjungtiva normal, sklera normal, tidak ada nyeri tekan.
- e) Telinga : Bentuk simetris, pendengaran normal, telinga bersih.
- f) Hidung : Tidak ada secret pada bulu hidung, bentuk simetris, tidak terpasang NGT, tidak ada benjolan, terdapat bulu hidung, tidak terpasang kanul, tidak ada gangguan penciuman.
- g) Mulut dan faring : Mulut bersih, bibir miring ke kanan, tidak ada sariawan, tidak ada edema.
- h) Leher : Tidak ada lesi, Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, vena juguralis teraba.
- i) Thorak

**Inspeksi :**

Jantung : Bentuk dada simetris kanan dan kiri, tidak ada bekas luka

Paru : Tidak ada tanda-tanda inflamasi.

**Palpasi :**

Jantung : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

Paru : Tidak teraba masa.

**Perkusi :**

Jantung : Jantungnya redup, hati peka

Paru : Terdengar sonor.

**Auskultasi :** Suara nafas normal, tidak ditemukan adanya ronchi dan whezing.

## j) Abdomen

**Inspeksi :** Bentuk simetris, tidak ada benjolan.

**Palpasi :** Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan.

**Perkusi :** Tymphani.

**Auskultasi :** Bising usus 21 x/menit.

## k) Inguinal, genital dan anus

**Inguinal :** Normal, tidak ada lesi.

**Genital :** Tidak ada lesi, tidak ada lendir, terpasang pempers.

**Anus :** Normal, tidak ada lesi dan hemoroid.

## l) Integumen : Warna kulit sawo mataang, suhu tubuh normal, turgor kulit baik dalam, tidak ada odema.

## m) Ekstremitas dan neurologedi :

(a) Respon pasien ..Cukup baik..

(b) Ekstremitas sebelah kiri tidak bisa digerakkan

(c) GCS mata ( 4 ) terbuka, spontan, verbal ( 5 ) orientasi baik tapi pelo, motorik ( 5 ) untuk sisi yang sakit.

Refleks :

Dextra	2	1 Sinistra
Biceps	2	1
Triceps		

Dextra	2	1 Sinistra
Knee	2	1
Achiles		

Keterangan : 2 : Normal

1 : Hipoaktif

Refleks patologis : - babinski, - kernig

Tulang belakang : Normal

Lain – lain : -

6. Pemeriksaan Penunjang :

a) Pemeriksaan Laboratorium :

(a) Pada tanggal 28 Januari 2015

Parameters	Nilai Rujukan
HGB 16.2 [g/dL]	L 13,0 – 18,0

			P 11,5 – 16,5
RBC	5.35	[10 <sup>6</sup> /UL]	L 4,5 – 5,5
			P 4,0 – 5,0
HCT	45.2	[%]	L 40,0 – 50,0
			P 37,0 – 45,0
WBC	9.80	[ 10 <sup>3</sup> /UL]	4,0 – 11,0
PLT	373	[10 <sup>3</sup> /UL]	150 – 400.

(b) Pada Tanggal 28 Januari 2015

<b>Parameters</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai Normal</b>
Gula Darah Acak (Enzimatik (Q-GDH))	289	<200mg/dl
Creatinin (JAFPE METHOD)	0,7	Anak : 0,2–0,8mg/dl Dewasa : 0,5–1,0mg/dl
Ureum (UV)	14	10–38mg/dl
BUN	7	7 – 18mg/dl
SGOT (IFCC MOD)	21	5 – 31U/L
SGPT (IFCC MOD)	16	5 – 31U/L
Natrium serum (ISE)	140	135–155Meq/L
Kalium serum (ISE)	3,7	3,3 – 4,9Meq/L
Klorida serum ( ISE)	98	96 – 113Meq/Leq

(c) Pada Tanggal 29 Januari 2015

<b>Parameters</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai Normal</b>
Gula Darah 2 JPP (Enzimatik (Q-QDH))	243	< 125 mg/dl
Uric Acid (ENZ. TBHBHA)	42	2,6 – 6,4 mg/dl
Cholesterol (METH CHOD-PAP)	318	< 200 mg/dl

Trigliserida (ENZ GPO)	190	< 200	mg/dl
HDL Direct	61	50 – 70	mg/dl
LDL direct	210	< 130	md/dl
Gula Darah Puasa (GOD PAP)	257	75 – 115	mg/dl.

(d) Pada Tanggal 30 Januari 2015

<b>Parameters</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai Normal</b>
Gula Darah 2 JPP (Enzimatik (Q-GDH))	286	< 125 mg/dl.

b) Pemeriksaan Radiologi :

Pemeriksaan radiologi, tanggal 28 Januari 2015.

(a) CT-Scan : Kepala menunjukkan infark sub acut pada capsula eksterna kanan. Kalsifikasi calvaria os frontral kanan.

(b) Pemeriksaan foto thorax : Cor dan pulmo dalam batas normal.

c) Terapi :

(a) Infus Nacl 0,9 %

(b) Inj. Brainact 3 x 500 gram

(c) Inj. Humulin 3 x 4 unit

(d) Inj. Metacobalamin 1 x 1

(e) Inj. Ondacentron 2 x 8 mg/iv

(f) Po Glucodex 1 – 0 – 0

(g) Po Usinopril 5 mg 0 – 0

(h) Po Paracetamol 3 x 500 mg

7. Daftar masalah keperawatan :

a) Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

- b) Resiko peningkatan TIK
- c) Kerusakan mobilitas fisik
- d) Kerusakan komunikasi verbal
- e) Defisit perawatan diri.

### 3.2 Analisa Data

Setelah pengumpulan data di atas kemudian dikelompokkan sehingga di dapat suatu masalah sebagai berikut :

Tabel 3.1 Analisa Data

Tanggal	Data	Masalah	Kemungkinan penyebab
29 – 01 – 2015	<p>Ds : Keluarga pasien mengatakan ibu mual tetapi tidak sampai muntah.</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- k/u lemah</li> <li>- Pasien mual</li> <li>- Adanya kelemahan pada ekstremitas kiri</li> <li>- pasien tirah baring</li> <li>- GCS 455</li> <li>- Hasil CT-Scan kepala menunjukkan infark sub akut pada capsula eksterna kanan. Klasifikasi calvaria os frontal kanan.</li> <li>- LDL direct 210 md/dl.</li> <li>- TTV : T : 170/100 mmhg, N : 92 x/menit, S : 36,3°C, RR : 18 x/menit.</li> </ul>	Ketidakefektifan perfusi jaringan otak	Oklusi otak
29 – 01 – 2015	<p>Ds : Keluarga pasien mengatakan ibu kepalanya pusing mbak.</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- k/u lemah.</li> <li>- Pasien tirah baring</li> <li>- GCS 455</li> <li>- Pasien nampak menyeringai</li> </ul>	Resiko TIK meningkat.	Edema otak

29 - 01 - 2015	<p>karena nyeri kepala</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil CT-Scan kepala menunjukkan infark sub akut pada capsula eksterna kanan. Klasifikasi calvaria os frontal kanan.</li> <li>- LDL direct 210 md/dl.</li> <li>- TTV : T : 170/100 mmhg, N : 92 x/menit, S : 36,3°C, RR : 18 x/menit.</li> </ul> <p>Ds : keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri ibu tidak bisa di gerakkan sus ?</p> <p>Do : - k/u lemah.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa di gerakkan.</li> <li>- pasien tidak bisa melakukan aktivitas tanpa bantuan.</li> <li>- Tubuh pasien cenderung miring ke kanan</li> <li>- TTV : T : 170/100 mmhg, N : 92 x/menit, S : 36,3°C, RR : 18 x/menit.</li> <li>- Diagnosa medis CVA infark.</li> </ul>	Kerusakan mobilitas fisik.	Kelemahan neuromuscular
29 - 01 - 2015	<p>Ds : Keluarga pasien mengatakan “ibu saya bicaranya pelo sus”.</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- k/u lemah.</li> <li>- bicara kurang dapat dimengerti (tidak jelas).</li> <li>- pasien komunikasi lewat tulisan.</li> <li>- TTV : T : 170/100 mmhg, N : 92 x/menit, S : 36,3°C, RR : 18 x/menit</li> <li>- GCS 455</li> </ul>	Kerusakan komunikasi verbal.	Kelemahan tonus/kontrol otot fasial/oral

### 3.3 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data di atas dapat dirumuskan beberapa diagnosa keperawatan yang di prioritaskan pada Ny N.B adalah:

- a) Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan oklusi otak
- b) Resiko peningkatan TIK berhubungan dengan edema otak
- c) Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuscular
- d) Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kelemahan tonus/kontrol otot fasial/oral.

### 3.4 Rencana Keperawatan

Tahap perencanaan dibawah ini disusun berdasarkan urutan prioritas masalah yaitu :

**Tanggal 29 Januari 2015**

#### 1. Diagnosa Keperawatan 1

Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan oklusi otak.

**NOC :**

- a. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 x 24 jam diharapkan tidak terjadi resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak.
- b. Kriteria hasil :
  - a) Tekanan systol dan diastole dalam rentang yang diharapkan
  - b) Tidak ada mual
  - c) Tidak ada muntah
  - d) Tidak ada nyeri kepala
  - e) Pasien tidak gelisah.

**NIC :**

## 1) Monitor status neurologis

Rasional : untuk mengetahui kesadaran pasien

## 2) Tinggikan kepala tempat tidur 15-30° dan monitor respon pasien terhadap posisi kepala

Rasional : dapat membantu mengurangi edema serebral

## 3) Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung

Rasional : stimulasi/aktivitas yang kontinundapat meningkatkan TIK

## 4) Monitor tanda-tanda over load (misalnya ronchi, edema dan peningkatan serebral paru

Rasional : mengetahui kebutuhan cairan yang harus diberikan

## 5) Observasi tanda-tanda vital

Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien

## 6) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat-obatan

## a. Anti hipertensi

Rasional : Untuk menurunkan tekanan darah

## b. Anti koagulan

Rasional : Mencegah terjadinya trombus

## c. Anti mual

Rasional : mencegah terjadinya peningkatan tekanan serebral.

**2. Tanggal 29 Januari 2015****Diagnosa Keperawatan 2**

Resiko peningkatan TIK berhubungan dengan edema otak.

**NOC :**

a. Tujuan :Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pasien tidak mengalami peningkatan TIK.

b. Kriteria Hasil :

Tidak terdapat tanda peningkatan tekanan intra kranial :

- 1) Peningkatan tekanan darah
- 2) Nadi meningkat
- 3) Muntah
- 4) Sakit kepala berat.

**NIC :**

1) Pantau tanda dan gejala peningkatan TIK, tekanan darah, nadi, GCS, keluhan sakit kepala hebat, muntah

Rasional : Deteksi dini peningkatan TIK untuk melakukan tindakan lebih lanjut

2) Tinggikan kepala tempat tidur 15-30° kecuali ada kontak indikasi, hindari mengubah posisi dengan cepat

Rasioanal : Dapat membantu mengurangi oedema serebral

3) Hindari hal-hal berikut :

(a) Masase kepala

Rasional : Memperlambat frekuensi jantung dan mengurangi sirkulasi sistemik dalam peningkatan sirkulasi secara tiba-tiba

(b) Fleksi leher atau rotasi kurang dari 45°

Rasional : Fleksi atau rotasi leher mengganggu cairan cerebrospinal dari rongga intra kranial

- 1) Pertahankan lingkungan tenang, sunyi dan pencahayaan redup  
Rasional : Meningkatkan istirahat dan menurunkan rangsangan membantu menurunkan TIK.
- 6) Berikan obat-obatan sesuai dengan kegunaan :
  - (a) Anti hipertensi contoh usinopril 5 mg.  
Rasional : Untuk menurunkan tekanan darah.
  - (b) Terapi intra vena pengganti cairan dan elektrolit  
Rasional : Mencegah defisit cairan.
  - (c) Vitamin tubuh contoh roborantia  
Rasional : Untuk meningkatkan daya tahan tubuh.
  - (d) Vasodilator perifer contoh brainact 500 mg  
Rasional : Agar memperbaiki sirkulasi darah otak
  - (e) Analgesik contoh paracetamol 500 mg  
Rasional : Mengurangi resiko peningkatan TIK.

### 1. Tanggal 29 Januari 2015

#### Diagnosa Keperawatan 3

Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuscular.

#### NOC :

- a. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan joint movement active (gerakan aktif).
- b. Kriteria hasil :
  - 1) Pasien mengikuti dalam aktivitas fisik
  - 2) Mempertahankan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan bergerak

- 3) Mempergunakan alat bantu untuk mobilisasi

**NIC :**

- 1) Monitoring vital sign sebelum atau sesudah latihan dan lihat gerakan pasien saat melakukan latihan

Rasional : untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien

- 2) Kaji kemampuan pada pasien mobilisasi

Rasional : mengidentifikasi kekuatan/kelemahan otot

- 3) Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kehidupan

Rasional : melatih pasien mandiri

- 4) Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi

Rasional : menghindari pasien cedera

- 2) Berikan alat bantu jika pasien memerlukan

Rasional : membantu proses mobilisasi

- 7) Ajarkan pasien bagaimana cara merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan

Rasional : mencegah terjadinya dekubitus.

**2. Tanggal 29 Januari 2015**

**Diagnosa Keperawatan 4**

Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kelemahan tonus/kontrol otot fasial/oral.

**NOC :**

a. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan coplag sensory function : unreaag n vision ( mempunyai koping untuk penglihatan dan pendengaran ).

b. Kriteria Hasil :

- 1) Komunikasi : lisan, tulisan
- 2) Mampu menghindari gerakan dalam menggunakan isyarat
- 3) Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dengan lingkungan sosial.

**NIC :**

- 1) Konsultasikan dengan dokter untuk terapi wicara  
Rasional : mengembalikan kemampuan verbal , sensori motorik dan fungsi kognitif
- 2) Dorong pasien untuk komunikasi secara perlahan dan waktu mengulangi permintaan  
Rasional : untuk menguji afasia reseptif
- 3) Dengarkan dengan penuh perhatian  
Rasional : membantu memperjelas kata-kata
- 3) Berdiri di depan pasien ketika pasien bicara  
Rasional : pasien kooperatif
- 4) Observasi tanda-tanda vital  
Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien.
- 5) Gunakan kertas, pensil, gambar untuk memfasilitasi dan arah yang optimal  
Rasional : menguji kemampuan menulis, membaca yang juga merupakan bagian dari afasia reseptif atau ekspresif.

### **3.5 Pelaksanaan**

Merupakan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah dibuat sebelumnya.

**Tanggal 29 Januari 2015**

#### **1. Diagnosa keperawatan 1**

Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan oklusi otak.

##### **Pelaksanaan :**

1) Jam 16.00

Memonitor status neurologis

Respon : kesadaran composmetis, GCS 455

2) Jam 17.00

Meninggikan kepala tempat tidur 15-30° dan monitor respon pasien terhadap posisi kepala

Respon : pasien kooperatif dan mau mengikuti perintah

3) Jam 18.00

Membatasi gerakan pada kepala, leher dan punggung

Respon : pasien kooperatif

4) Jam 18.30

Memonitor tanda-tanda over load (misalnya ronchi, edema dan peningkatan serebral paru

Respon : tidak ada ronchi

5) Jam 19.30

Mengobservasi tanda-tanda vital

Respon : pasien kooperatif dan hasilnya T : 170/100 mmhg, N : 92 x/menit, S : 36,3°C, RR : 18 x/menit

6) Jam 20.00

Mengkolaborasi pemberian obat-obatan :

Brainact 500 gram/iv

Jam 16.00

Inj. Humulin 3 x 4 unit/sc

Jam 16.00

Inj. Ondancetron 2 x 8 mg/iv.

Respon : pasien kooperatif.

## **2. Tanggal 29 Januari 2015**

### **Diagnosa Keperawatan 2**

Resiko peningkatan TIK berhubungan dengan edema otak.

#### **Pelaksanaan :**

1) Jam 15.10

Memantau tanda dan gejala peningkatan TIK, tekanan darah, nadi, GCS, keluhan sakit kepala hebat, muntah

Respon : GCS 456, TTV : T : 170/100 mmhg, N : 92 x/menit, S : 36,3°C,

RR : 18 x/menit, mual positif, muntah negatif.

2) Jam 16.00

Meninggikan kepala 30° dari tempat tidur

Respon : Pasien kooperatif

3) Jam 18.00

Menghindari masase karotid dan fleksi leher

Respon : Pasien kooperatif

4) Jam 19.00

Mempertahankan lingkungan tenang, sunyi dan pencahayaan redup

Respon : Pasien lemah

5) Memeriksa obat-obatan sesuai dengan kegunaan :

a. Jam 15.30 injeksi insulin 4 unit per SC dan jam 15.00 obat lisan

b. Jam 19.30 injeksi brainact 500 mg/IV dan obat roburansia 1 tablet.

Respon : Pasien kooperatif.

6) Jam 18.00

Berikan lingkungan yang tenang

Respon : Pasien berada pada lingkungan yang tenang.

### 3. Tanggal 29 Januari 2015

#### Diagnosa Keperawatan 3

Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuscular.

#### Pelaksanaan :

1) Jam 16.00

Memonitoring vital sign sebelum atau sesudah latihan dan lihat gerakan pasien saat melakukan latihan

Respon : Pasien kooperatif untuk dilakukan latihan TTV T : 170/110 mmhg, N : 92 x/menit, S : 36,3°C, RR : 18 x/menit.

2) Jam 17.00

Memantau kemampuan pada pasien mobilisasi

Respon : Pasien sulit menggerakkan tangan kiri dan kaki kiri.

3) Jam 18.00

Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kehidupan

Respon : Pasien belum bisa makan dan mandi sendiri.

4) Jam 18.30

Mendampingi dan bantu pasien saat mobilisasi

Respon : Pasien dan keluarga kooperatif untuk dilakukan mobilisasi.

5) Jam 19.30

Mengajarkan pasien bagaimana cara merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan

Respon : pasien tidak bisa duduk.

#### **4. Tanggal 29 Januari 2015**

##### **Diagnosa Keperawatan 4**

Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kelemahan tronus/kontrol otot fasial/oral.

##### **Pelaksanaan :**

1) Jam 16.00

Mengkonsultasikan dengan dokter untuk terapi wicara

Respon : bicara pasien pelo

2) Jam 17.00

Mendorong pasien untuk komunikasi secara perlahan dan waktu mengulangi permintaan

Respon : pasien masih sulit untuk komunikasi

3) Jam 18.00

Mendiskusikan komunikasi dengan penuh perhatian

Respon : pasien belajar komunikasi

4) Jam 19.00

Mengobservasi tanda-tanda vital

Respon : Pasien kooperatif dan hasilnya TTV T : 170/110 mmhg, N : 92

x/menit, S : 36,3°C, RR : 18 x/menit.

5) Jam 19.30

Menggunakan kertas, pensil, gambar untuk memfasilitasi dan arah yang optimal

Respon : pasien menjawab pertanyaan dengan menggunakan tulisan.

### **Tanggal 30 Januari 2015**

#### **1. Diagnosa keperawatan 1**

Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan oklusi otak.

#### **Pelaksanaan :**

1) Jam 16.00

Memonitor status neurologis

Respon : kesadaran composmetis, GCS 455

2) Jam 17.00

Meninggikan kepala tempat tidur 15-30° dan monitor respon pasien terhadap posisi kepala

Respon : pasien kooperatif dan mau mengikuti perintah

3) Jam 18.00

Membatasi gerakan pada kepala, leher dan punggung

Respon : pasien kooperatif

4) Jam 18.30

Memonitor tanda-tanda over load (misalnya ronchi, edema dan peningkatan serebral paru

Respon : tidak ada ronchi

5) Jam 19.30

Mengobservasi tanda-tanda vital

Respon : pasien kooperatif dan hasilnya T : 150/90 mmhg, N : 90 x/menit,

S : 36,2°C, RR : 20 x/menit

6) Jam 20.00

Mengkolaborasi pemberian obat-obatan :

Brainact 500 gram/iv

Jam 16.00

Inj. Humulin 3 x 4 unit/sc

Jam 16.00

Inj. Ondancetron 2 x 8 mg/iv.

Respon : pasien kooperatif

## **2. Tanggal 30 Januari 2015**

### **Diagnosa Keperawatan 2**

Resiko peningkatan TIK berhubungan dengan edema otak.

### **Pelaksanaan :**

1) Jam 15.10

Memantau tanda dan gejala peningkatan TIK, tekanan darah, nadi, GCS, keluhan sakit kepala hebat, muntah

Respon : GCS 455, TTV : T : 150/90 mmhg, N : 90 x/menit, S : 36,2°C,  
RR : 20 x/menit, mual positif, muntah negatif.

2) Jam 16.00

Meninggikan kepala 30° dari tempat tidur

Respon : Pasien kooperatif

3) Jam 18.00

Menghindari masase kepala dan fleksi leher

Respon : Pasien kooperatif

4) Jam 19.00

Mempertahankan lingkungan tenang, sunyi dan pencahayaan redup

Respon : Pasien lemah

5) Memeriksa obat-obatan sesuai dengan kegunaan :

c. Jam 15.30 injeksi insulin 4 unit per SC dan jam 15.00 obat lisan

d. Jam 19.30 injeksi brainact 500 mg/IV dan obat roburansia 1 tablet.

Respon : Pasien kooperatif.

6) Jam 18.00

Berikan lingkungan yang tenang

Respon : Pasien berada pada lingkungan yang tenang.

### **3. Tanggal 30 Januari 2015**

#### **Diagnosa Keperawatan 3**

Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuscular.

#### **Pelaksanaan :**

1) Jam 16.00

Memonitoring vital sign sebelum atau sesudah latihan dan lihat gerakan pasien saat melakukan latihan

Respon : Pasien kooperatif untuk dilakukan latihan TTV T : 150/90 mmhg, N : 90 x/menit, S : 36,2°C, RR : 20 x/menit.

2) Jam 17.00

Memantau kemampuan pada pasien mobilisasi

Respon : Pasien mulai bisa menggerakkan tangan kiri dan kaki kiri.

3) Jam 18.00

Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kehidupan

Respon : Pasien belum bisa makan dan mandi sendiri.

4) Jam 18.30

Mendampingi dan bantu pasien saat mobilisasi

Respon : pasien mulai bisa miring kanan dan miring kiri.

5) Jam 19.30

Mengajarkan pasien bagaimana cara merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan

Respon : pasien bisa duduk dengan dibantu.

#### **4. Tanggal 30 Januari 2015**

##### **Diagnosa Keperawatan 4**

Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kelemahan tronus/kontrol otot fasial/oral.

**Pelaksanaan :**

1) Jam 16.00

Mengkonsultasikan dengan dokter untuk terapi wicara

Respon : bicara pasien masih pelo

2) Jam 17.00

Mendorong pasien untuk komunikasi secara perlahan dan waktu mengulangi permintaan

Respon : pasien mulai bisa untuk komunikasi

3) Jam 18.00

Mendiskusikan komunikasi dengan penuh perhatian

Respon : pasien bisa komunikasi dengan pelan

4) Jam 19.00

Mengobservasi tanda-tanda vital

Respon : Pasien kooperatif dan hasilnya TTV T : 150/90 mmhg, N : 90 x/menit, S : 36,2°C, RR : 20 x/menit.

5) Jam 19.30

Menggunakan kertas, pensil, gambar untuk memfasilitasi dan arah yang optimal

Respon : pasien kadang-kadang menjawab pertanyaan dengan menggunakan tulisan.

**Tanggal 31 Januari 2015**

### **1. Diagnosa keperawatan 1**

Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan oklusi otak.

**Pelaksanaan :**

1) Jam 16.00

Memonitor status neurologis

Respon : kesadaran composmetis, GCS 456

2) Jam 17.00

Meninggikan kepala tempat tidur 15-30° dan monitor respon pasien terhadap posisi kepala

Respon : pasien kooperatif dan mau mengikuti perintah

3) Jam 18.00

Membatasi gerakan pada kepala, leher dan punggung

Respon : pasien kooperatif

4) Jam 18.30

Memonitor tanda-tanda over load (misalnya ronchi, edema dan peningkatan serebral paru

Respon : tidak ada ronchi

5) Jam 19.30

Mengobservasi tanda-tanda vital

Respon : pasien kooperatif dan hasilnya TTV T : 140/90 mmhg, N : 92 x/menit, S : 36,3°C, RR : 20 x/menit

6) Jam 20.00

Mengkolaborasi pemberian obat-obatan :

Brainact 500 gram

Jam 16.00

Inj. Humulin 3 x 4 unit

Jam 16.00

Inj. Ondacentron 2 x 8 mg/iv.

Respon : pasien kooperatif.

## 2. Tanggal 31 Januari 2015

### Diagnosa Keperawatan 2

Resiko peningkatan TIK berhubungan dengan edema otak.

### Pelaksanaan :

1) Jam 15.10

Memantau tanda dan gejala peningkatan TIK, tekanan darah, nadi, GCS, keluhan sakit kepala hebat, muntah

Respon : GCS 456, TTV : T : 140/90 mmhg, N : 92 x/menit, S : 36,3°C,

RR : 20 x/menit, mual positif, muntah negatif.

2) jam 16.00

Meninggikan kepala 30° dari tempat tidur

Respon : Pasien kooperatif

3) Jam 18.00

Menghindari masase kepala dan fleksi leher

Respon : Pasien kooperatif

4) Jam 19.00

Mempertahankan lingkungan tenang, sunyi dan pencahayaan redup

Respon : Pasien lemah

5) Memerikan obat-obatan sesuai dengan kegunaan :

Jam 15.30 injeksi insulin 4 unit per SC

Jam 19.30 injeksi brainact 500 mg/IV dan obat roburansia 1 tablet.

Respon : Pasien kooperatif.

6) Jam 18.00

Berikan lingkungan yang tenang

Respon : Pasien berada pada lingkungan yang tenang

7) Jam 16.00

Anjurkan pasien untuk minum air putih yang cukup dan makan-makanan yang tinggi serat

Rasional : membantu melancarkan buang air besar.

Respon : pasien kooperatif

### **3. Tanggal 31 Januari 2015**

#### **Diagnosa Keperawatan 3**

Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuscular.

#### **Pelaksanaan :**

1) Jam 16.00

Memonitoring vital sign sebelum atau sesudah latihan dan lihat gerakan pasien saat melakukan latihan

Respon : Pasien kooperatif untuk dilakukan latihan TTV T : 140/90 mmhg, N : 92 x/menit, S : 36,3°C, RR : 20 x/menit.

2) Jam 17.00

Memantau kemampuan pada pasien mobilisasi

Respon : Pasien bisa menggerakkan tangan kiri dan kaki kiri.

3) Jam 18.00

Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kehidupan

Respon : Pasien bisa makan dan mandi dengan dibantu.

4) Jam 18.30

Mendampingi dan membantu pasien saat mobilisasi

Respon : Pasien bisa miiring kiri dan miring kanan.

5) Jam 19.30

Mengajarkan pasien bagaimana cara merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan

Respon : pasien bisa duduk dengan dibantu.

#### **4. Tanggal 31 Januari 2015**

##### **Diagnosa Keperawatan 4**

Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kelemahan tonus otot/kontrol otot fasial/oral.

##### **Pelaksanaan :**

1) Jam 16.00

Mengkonsultasikan dengan dokter untuk terapi wicara

Respon : bicara pasien masih pelo

2) Jam 17.00

Mendorong pasien untuk komunikasi secara perlahan dan waktu mengulangi permintaan

Respon : pasien bisa komunikasi tapi masih pelo.

3) Jam 18.00

Mendiskusikan komunikasi dengan penuh perhatian

Respon : pasien belajar komunikasi

4) Jam 19.00

Mengobservasi tanda-tanda vital

Respon : Pasien kooperatif dan hasilnya TTV T : 140/90 mmhg, N : 92 x/menit, S : 36,3°C, RR : 20 x/menit.

5) Jam 19.30

Menggunakan kertas, pensil, gambar untuk memfasilitasi dan arah yang optimal

Respon : pasien menjawab pertanyaan dengan menggunakan tulisan.

## **1.6 Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mana evaluasi dapat dikatakan berhasil bila tujuan dan kriteria hasil tercapai. Untuk mengetahui berhasil tidaknya maka diperlukan perkembangan sebagai berikut :

### **1. Diagnosa Keperawatan 1**

Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan oklusi otot.

#### **Catatan perkembangan tanggal 29 Januari 2015**

S : Keluarga pasien mengatakan ibu mual tetapi tidak sampai muntah.

O : - k/u lemah

- Pasien mual
- Pasien tidak muntah
- Pasien tirah baring
- Adanya kelemahan pada ekstremitas kiri
- Hasil CT-Scan kepala menunjukkan infark sub akut pada capsula eksterna kanan. Kalsifikasi calvaria os frontal kanan

- Hasil LDL direct 210 md/dl
- TTV : T : 170/100 mmhg, N : 92 x/menit, S : 36,3°C, RR : 18 x/menit
- GCS 455

A : Masalah belum tercapai

P : Intervensi dilanjutkan.

**Catatan perkembangan tanggal 30 Januari 2015**

S : Keluarga pasien mengatakan ibu masih mual

O : - k/u membaik

- Mual pasien berkurang
- Pasien tidak muntah
- Pasien tirah baring
- Ekstremitas kiri mulai bisa digerakkan
- Hasil CT-Scan kepala menunjukkan infark sub acut pada capsula eksterna kanan. Kalsifikasi calvaria os frontal kanan
- Hasil LDL direct 210 md/dl
- TTV : 150/90 mmhg, N = 90 x/menit, S = 36,2°C, RR = 20 x/menit.
- GCS 455

A : Masalah tercapai sebagian

P : Intervensi dilanjutkan.

**Catatan perkembangan tanggal 31 Januari 2015**

S : Keluarga pasien mengatakan ibu masih sedikit mual

O : - k/u baik

- Mual berkurang

- Pasien tidak muntah
- Ekstremitas kiri bisa digerakkan
- Hasil CT-Scan kepala menunjukkan infark sub akut pada capsula eksterna kanan. Kalsifikasi calvaria os frontal kanan
- Hasil LDL direct 210 md/dl
- TTV : T = 140/90 mmhg, N = 94 x/menit, S : 36,3°C, RR = 20 x/menit.
- GCS 456

A : Masalah tercapai sebagian

P : Intervensi dilanjutkan.

## **2. Diagnosa keperawatan 2**

Resiko TIK meningkat berhubungan dengan edema otak

### **Catatan perkembangan tanggal 29 Januari 2015**

S : Keluarga pasien mengatakan ibu saya kepalanya pusing mbak.

O : - k/u lemah

- pasien tirah baring
- pasien nampak menyeringai karena nyeri kepala
- Hasil CT-Scan kepala menunjukkan infark sub akut pada capsula eksterna kanan. Klasifikasi calvaria os frontal kanan.
- LDL direct 210 md/dl.
- GCS 455

TTV : T : 170/100 mmhg, N : 92 x/menit, S : 36,3°C, RR : 18 x/menit.

A : Masalah belum tercapai

P : Intervensi di lanjutkan.

**Catatan perkembangan tanggal 30 Januari 2015**

S : keluarga pasien mengatakan pusing ibu berkurang mbak.

O : - k/u membaik

- Pasien masih tirah baring

- Pasien nampak tidak terlalu menyeringai kesakitan

- Hasil CT-Scan kepala menunjukkan infark sub akut pada capsula eksterna kanan. Klasifikasi calvaria os frontal kanan.

- LDL direct 210 md/dl.

- TTV : T = 150/90 mmhg, N = 90 x/menit, S = 36,2°C, RR = 20 x/menit.

A : Masalah tercapai sebagian

P : Intervensi dilanjutkan.

**Catatan perkembangan tanggal 31 Januari 2015**

S : keluarga pasien mengatakan ibu saya sudah tidak pusing mbak.

O : - k/u baik

- Pasien sudah tidak tirah baring

- Pasien sudah tidak menyeringai kesakitan

- Hasil CT-Scan kepala menunjukkan infark sub akut pada capsula eksterna kanan. Klasifikasi calvaria os frontal kanan.

- LDL direct 210 md/dl.

- TTV : TTV : T = 140/90 mmhg, N = 94 x/menit, S : 36,3°C, RR = 20 x/menit.

A : Masalah tercapai

P : Intervensi dihentikan.

### 3. Diagnosa keperawatan 3

Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuscular.

#### Catatan perkembangan tanggal 29 Januari 2015

S : keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri ibu tidak bisa di gerakkan sus ?

O : - k/u lemah.

- tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa di gerakkan.
- tubuh pasien cenderung miring ke kanan.
- pasien tidak bisa melakukan aktivitas tanpa bantuan.
- diagnosa medis CVA Infark

- TTV : T : 170/100 mmhg, N : 92 x/menit, S : 36,3°C, RR : 18 x/menit.

A : Masalah belum tercapai

P : Intervensi di lanjutkan

#### Catatan perkembangan tanggal 30 Januari 2015

S : Keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri ibu mulai bisa digerakkan sedikit demi sedikit sus ?

O : - k/u membaik

- Tangan kiri dan kaki kiri mulai bisa digerakkan
- Tubuh pasien cenderung masih miring ke kanan
- Pasien mulai bisa melakukan aktivitas duduk dengan dibantu
- Diagnosa medis CVA Infark

- TTV : T = 150/90 mmhg, N = 90 x/menit, S = 36,2°C, RR = 20 x/menit.

A : Masalah tercapai sebagian

P : Intervensi di lanjutkan

**Catatan perkembangan tanggal 31 Januari 2015**

S : Keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri sudah digerakkan sus ?

O : - k/u baik

- Tangan kiri dan kaki kiri sudah bisa digerakkan
- Tubuh pasien tidak terlalu miring ke kanan
- Pasien sudah bisa melakukan aktivitas duduk tanpa dibantu
- Diagnosa medis CVA Infark
- TTV : T = 140/90 mmhg, N = 94 x/menit, S : 36,3°C, RR = 20 x/menit

A : Masalah tercapai

P : Intervensi di hentikan.

**4. Diagnosa keperawatan 4**

Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kehilangan tonus/kontrol otot fasial atau oral.

**Catatan perkembangan tanggal 29 Januari 2015**

S : Keluarga pasien mengatakan ibu saya bicaranya pelo sus?

O : - k/u lemah.

- Bicara pelo
- Bicara kurang dapat dimengerti (tidak jelas).

- Pasien komunikasi kadang melalui tulisan.
- TTV : T : 170/100 mmhg, N : 92 x/menit, S : 36,3°C, RR : 18 x/menit.
- GCS 455

A : Masalah belum tercapai

P : Intervensi di lanjutkan.

**Catatan perkembangan tanggal 30 Januari 2015**

S : Keluarga pasien mengatakan ibu saya bicaranya masih kurang jelas sus?

O : - k/u membaik

- Bicara masih pelo
- Bicara mulai dapat dimengerti
- Pasien sudah jarang menggunakan komunikasi dengan tulisan.
- GCS 456
- TTV : T = 150/90 mmhg, N = 90 x/menit, S = 36,2°C, RR = 20 x/menit.

A : Masalah tercapai sebagian

P : Intervensi dilanjutkan.

**Catatan perkembangan tanggal 31 Januari 2015**

S : Pasien mengatakan saya sudah bisa bicara sus?

O : - k/u baik

- Bicara masih sedikit pelo
- Bicara sudah dapat dimengerti
- Pasien sudah jarang menggunakan komunikasi dengan tulisan.

- GCS 456
- TTV : T = 140/90 mmhg, N = 94 x/menit, S : 36,3°C, RR = 20  
x/menit

A : Masalah tercapai sebagian

P : Intervensi di lanjutkan.