

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN CVA (*CEREBRO
VASCULAR ACCIDENT*) DI RUANG UNIT STROKE RSUD dr.
SOEDOMO TRENGGALEK**

TUGAS AKHIR

DHEA APRILIA NURROHMAH

NIM : P17240223060



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA-3 KEPERAWATAN KAMPUS
KABUPATEN TRENGGALEK
2025**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN CVA (*CEREBRO
VASCULAR ACCIDENT*) DI RUANG UNIT STROKE RSUD. dr.
SOEDOMO TRENGGALEK**

TUGAS AKHIR

Tugas Akhir deskriptif studi kasus ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan tugas Metodologi Penelitian Diploma-3 Keperawatan di Program Studi Diploma -3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

DHEA APRILIA NURROHMAH

NIM : P17240223060



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI DIPLOMA-3 KEPERAWATAN KAMPUS

KABUPATEN TRENGGALEK

2025

CURICULUM VITAE

Nama : Dhea Aprilia Nurrohmah

Tempat/tanggal lahir : Trenggalek, 13 April 2002

Agama : Islam

Nomor Telepon : +6281-231-645-714

Alamat Email : dheaapriliah940@gmail.com

Alamat Rumah : RT. 032 RW. 007 Dsn. Domerto Ds. Tawing Kec.
Munjungan, Kab. Trenggalek, Prov. Jawa Timur



Riwayat Pendidikan :

1. PAUD Lulus Tahun 2007 : PAUD Margo Rukun
2. TK Lulus Tahun 2009 : TK Kusuma Bangsa
3. SD Lulus Tahun 2015 : SDI Kusuma Bangsa
4. SMP Lulus Tahun 2018 : MTsN 3 Trenggalek
5. SMA Lulus Tahun 2021 : SMAN 2 Trenggalek
6. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D-3 Keperawatan
Kampus Kab. Trenggalek 2025

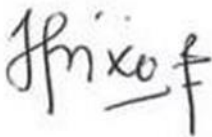
PERNYATAAN KEASLIAN

Nama : Dhea Aprilia Nurrohmah
NIM : P17240223060
Program Studi : Diploma- 3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek
Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui,
Trenggalek, 22 April 2025

Pembimbing



Ns . Ixora, S.Kep.,M.Kep
NIP. 919830626201901202

Yang Membuat Pernyataan



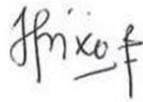
Dhea Aprilia Nurrohmah
NIM. P17240223060

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Dhea Aprilia Nurrohmah (P17240223060) dengan judul
**“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*)
di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”** telah diperiksa dan
disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 22 April 2025

Pembimbing



Ns . Ixora, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830626201901202

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Dhea Aprilia Nurrohmah (P17240223060) dengan judul
**“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan CVA (*Cerebro Vasculer Accident*)
di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”** telah dipertahankan di
depan dewan penguji pada hari jum'at tanggal 09 Mei 2025

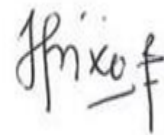
Dewan Penguji,

Ketua Penguji



Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep
NIP. 197706042005011013

Penguji Anggota



Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830626201901202

Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep.,Ns., M.Kes
NIP. 197608102002122001

MOTTO

**“ BERDOALAH SEOLAH-OLAH SEMUA TERGANTUNG PADA
TUHANMU, DAN BERUSAHALAH SEOLAH-OLAH SEMUA
TERGANTUNG PADAMU ”**

“ Allah SWT tidak akan membebani hambanya
melainkan sesuai dengan kesanggupannya ”

(Q.S Al-Baqarah: 286)

“ Terlambat bukan berarti gagal, cepat bukan berarti hebat. Terlambat bukan
menjadi alasan untuk menyerah, setiap orang memiliki proses yang berbeda.
Percaya proses itu yang paling penting, karena Allah SWT telah mempersiapkan
hal baik dibalik kata proses yang kamu anggap rumit ”

(Edwar Satria)

LEMBAR PERSEMBAHAN

Yang Utama Dari Segalanya

Sembah sujud serta rasa syukur kepada Allah SWT. Atas karunia serta kemudahan yang engkau berikan, akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan tepat waktu. Sholawat dan salam selalu terlimpahkan keharibaan Rasulullah Muhammad SAW. Penulis persembahkan karya tulis ini kepada orang yang sangat penulis kasihi dan sayangi.

Untuk Bapak dan Ibuku

Karya ini penulis persembahkan sebagai tanda bukti cinta dan sayang yang tiada terhingga kepada kedua orangtua terkasih. Bapak penulis Nurul Huda (alm) dan yang teristimewa Ibu penulis Siti Maesaroh yang telah melahirkan, merawat, membimbing, dan melindungi dengan tulus serta penuh keikhlasan, serta yang senantiasa mendoakan dan memberikan dukungan sepenuh hati. Dan juga teruntuk Bapak Sukadi, terimakasih telah datang ditengah perjalanan kehidupan keluarga penulis. Terimakasih sudah membantu, mendukung, dan mendoakan dengan sepenuh hati.

Untuk Keluarga Besarku

Teruntuk keluarga besar penulis, terutama adik Shilfi dan uti Sum yang selalu mendukung, mendoakan, menyemangati dalam keadaan apapun, dan yang selalu menunggu dan membantu untuk meraih kesuksesan penulis, terima kasih banyak semoga ini menjadi langkah awal untuk menjawab semua harapan dan do'a kalian untuk kesuksesan penulis.

Untuk Seseorang Spesial

Teruntuk seseorang yang tidak kalah penting kehadirannya, seseorang yang memiliki NIP : M911-244811. Terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan hidup penulis. Berkontribusi banyak dalam penulisan Karya Tulis ini. Seseorang yang selalu membuat penulis semangat dalam melakukan hal positif apapun, yang menjadi pengingat, dan yang selalu mensupport sampai saat ini. Terimakasih. Semoga Allah selalu memberi keberkahan dalam segala hal yang kita lalui, Aamiin.

Untuk teman – teman yang penulis sayangi

Teruntuk sahabatku Yunita, Elvi, Khansa, Nanda terimakasih sudah saling memberikan dukungan yang positif untuk penulis, mendengarkan keluh kesah, dan memotivasi untuk terus mengejar kesuksesan. Teruntuk teman-temanku kuliah Puput, Zanvira, Youlanda, Rani terima kasih sudah membantu penulis dalam keadaan senang maupun susah, mendengar keluh kesah, memberikan semangat dan selalu mendukung penulis. Teruntuk temanku Zanvira, Reza, terimakasih atas Kerjasama dan kompaknya mulai dari penyusunan proposal sampai penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Terimakasih untuk teman satu kelas dan satu angkatan, penulis bangga sama kalian semua. Terima kasih untuk semua do'a, cerita, dan dukungan selama penulis disini. Kalian luar biasa.

Untuk Dosen Pembimbing Tugas Akhir Penulis

Ibu Ns. Ixora,S.Kep.,M.Kep dan Bapak Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing tugas akhir penulis, terima kasih atas waktunya selama ini, penulis sudah dibantu, sudah dinasehati, sudah diajari. Penulis tidak akan lupa atas bantuan dan kesabaran dari bapak ibu. Terima kasih banyak Pak Bu.

Untuk seluruh Dosen Pengajar dan seluruh staff karyawan Prodi D-3

Keperawatan Kampus Kab.Trenggalek

Penulis ucapkan terima kasih, karena selama ini sudah tulus dan ikhlas memberikan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan penulis, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tak ternilai harganya agar penulis menjadi manusia yang lebih baik dan bermanfaat. Terima kasih atas ilmu yang Bapak Ibu berikan, semoga ilmu yang penulis dapat bermanfaat bagi orang banyak diluar sana.

Untuk Penulis

Terakhir, terimakasih kepada wanita sederhana yang memiliki tekad besar walaupun terkadang takut dengan isi pikirannya sendiri, yaitu penulis diriku sendiri, Dhea. Beribu terimakasih telah berusaha keras untuk meyakinkan dan menguatkan diri sendiri bahwa kamu dapat menyelesaikan studi ini sampai selesai. Berbahagialah selalu dengan dirimu sendiri, Dhea. Rayakan selalu kehadiranmu sebagai berkah dimanapun kamu menjejakkan kaki. Jangan sia-siakan usaha dan doa yang selalu kamu langitkan. Allah sudah merencanakan dan memberikan porsi terbaik untuk perjalanan hidupmu. Semoga langkah kebaikan selalu mengiringi dan semoga Allah selalu meridhoi setiap langkahmu serta menjagamu dalam lindungannya, Aamiin. Penulis bangga atas semua pencapaian ini. Aamiin.

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat, karunia, taufik dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) di Ruang Unit Stroke RSUD. dr. Soedomo Trenggalek” tepat pada waktu yang telah ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tentunya penulis mendapat banyak bantuan dan pengarahan dari berbagai pihak, oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis tidak lupa mengucapkan terimakasih kepada berbagai pihak yang secara langsung maupun tidak langsung sudah membantu sampai tersusunnya Karya Tulis Ilmiah ini, kepada yang terhormat :

- 1) Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen., M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D-3 Keperawatan Trenggalek.
- 2) Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
- 3) Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua Program Studi di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D-3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.
- 4) Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep., selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, saran, dan revisi dalam menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.

- 5) Semua dosen dan staff Prodi D-3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek yang telah ikut membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
- 6) Semua rekan Mahasiswa Prodi D-3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek yang telah ikut membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Peneliti menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu peneliti mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak.

Trenggalek 22 April 2025

Dhea Aprilia Nurrohmah
NIM. P17240223060

ABSTRAK

Dhea Aprilia Nurrohmah

Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek

Asuhan keperawatan pada klien CVA merupakan kegiatan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia yang dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi pada klien yang mengalami penyakit pada jaringan otak. Tujuan dari penelitian ini adalah memberikan asuhan keperawatan secara komperhensif pada klien dengan CVA di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Dalam penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Metode pengambilan data yang digunakan pada studi kasus dengan melakukan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang serta analisis secara mendalam. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah satu klien yang mengalami CVA *infark* dengan penurunan kesadaran tanpa penyakit penyerta.

Hasil penelitian didapatkan kesenjangan yaitu pola kognitif, sensori presepsi, pemeriksaan fisik, dan pada syaraf kranial. Masalah keperawatan yang muncul yaitu Gangguan perfusi jaringan serebral, Gangguan mobilitas fisik, Gangguan Komunikasi Verbal. Intervensi disusun berdasarkan teori-teori dari kepustakaan yang ada dan mengacu pada standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit. Implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun dan disesuaikan dengan masalah klien. Evaluasi keperawatan dilakukan selama tiga hari dengan kriteria hasil masalah teratasi sebagian, klien menunjukkan peningkatan derajat kesehatan.

Klien CVA harus menerapkan pola hidup sehat dan memerlukan perawatan intensif dan berkelanjutan demi terciptanya kesembuhan secara optimal.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, CVA, Klien

**HEALTH POLYTECHNIC MINISTRY OF HEALTH MALANG STUDY
PROGRAM D-3 NURSING CAMPUS KAB. TRENGGALEK
2025**

ABSTRACT

Dhea Aprilia Nurrohmah

***Nursing care for client with CVA (Cerebro Vascular Accident) in the Stroke Unit Room
RSUD Dr. Soedomo Trenggalek***

Nursing care for CVA client is a activity to meet the basic needs of human beings starting from the assessment, diagnosis, intervention, implementation, and evaluation of client who experience diseases of brain tissue. The purpose of this study is to provide comprehensive nursing care for client with CVA in the Stroke Unit Room of RSUD Dr. Soedomo Trenggalek.

In this study using a descriptive qualitative method with a case study approach. Data collection methods used in case studies by conducting interviews, observations, physical examinations and supporting results and in -depth analysis. Participants in this study numbered one client who experienced CVA infarction with a decrease in consciousness without comorbidities.

The results of study obtained gaps namely cognitive patterns, sensory perception, physical examination, and in cranial nerves. Nursing problems that arise are cerebral tissue perfusion disorders, physical mobility disorders, verbal communication disorders. Interventions are arranged based on the theories of existing literature and refer to the standard operating procedures in the hospital. Implementation is carried out based on interventions that have been prepared and adjusted to the client problems. Nursing evaluation is carried out for three days with the criteria for the results of the problem resolved in part, the client shows an increase in the degree of health.

CVA client must apply a healthy lifestyle and require intensive and sustainable care for the creation of optimal healing.

Keywords: Cerebro Vascular Accident, Nursing Care, Client.

DAFTAR ISI

COVER	i
CURICULUM VITAE.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO.....	vi
LEMBAR PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR.....	x
ABSTRAK.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR SINGKATAN	xxi
DAFTAR ISTILAH	xxii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	xxiv
1.1. Latar Belakang.....	xxiv
1.2. Batasan Masalah	6
1.3 Rumusan Masalah.....	7
1.4 Tujuan Masalah	7
1.4.1 Tujuan Umum	7
1.4.2 Tujuan Khusus	7
1.5 Manfaat Penelitian	8
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	8
1.5.2 Manfaat Praktis.....	8
1) Bagi Tenaga Kesehatan Rumah Sakit.....	8
2) Bagi Institusi Pendidikan.....	9
3) Bagi Peneliti Selanjutnya	9

4) Bagi Klien dan Keluarga.....	9
5) Bagi Peneliti.....	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Teori Penyakit CVA (<i>Cerebro Vascular Accident</i>).....	10
2.1.1 Definisi CVA (<i>Cerebro Vascular Accident</i>).....	10
2.1.2 Klasifikasi CVA (<i>Cerebro Vascular Accident</i>).....	10
2.1.3 Etiologi.....	11
2.1.4 Faktor Resiko	12
2.1.5 Manifestasi Klinis.....	12
2.1.6 Komplikasi CVA (<i>Cerebral Vascular Accident</i>).....	15
2.1.7 Patofisiologi	18
2.1.8 Penatalaksanaan.....	22
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang.....	23
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	26
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	26
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	39
2.2.3 Intervensi Keperawatan	46
2.2.4 Implementasi Keperawatan	55
2.2.6 Evaluasi	56
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	57
3.1 Desain Penelitian	57
3.2 Batasan Istilah.....	58
3.3 Partisipan.....	58
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	59
3.4.1 Lokasi Penelitian	59
3.4.2 Waktu Penelitian.....	59
3.5 Pengumpulan Data.....	59
3.5.1 Bahan atau Instrumen dan Metode Pengumpulan.....	59
3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data	60
3.6 Uji Keabsahan Data	61
3.6.1 <i>Credibility</i> (kepercayaan).....	61
3.6.2 <i>Transferability</i> (keteralihan).....	62

3.6.3 <i>Dependability</i> (kebergantungan)	62
3.6.4 <i>Confirmability</i> (kepastian)	62
3.7 Analisa Data	62
3.7.1 Proses Mencari	63
3.7.2 Tahap Menyusun.....	63
3.7.3 Tahap Analisis Data	64
3.8 Etika Penelitian	64
3.8.1 Informed Consent	64
3.8.2 Confidentially (Kerahasiaan)	65
3.8.3 Anonymity (Tanpa Nama).....	65
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	66
4.1. Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	66
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	66
4.1.2 Pengkajian	67
4.1.2 Analisa Data	76
4.1.3 Diagnosa Keperawatan	77
4.1.4 Intervensi Keperawatan	80
4.1.5 Implementasi Keperawatan	84
4.1.6 Evaluasi Keperawatan	86
4.1.8 Hasil Analisa Kualitatif Asuhan Keperawatan	93
4.2 PEMBAHASAN.....	108
4.2.1 Pengkajian	108
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	121
4.2.3 Intervensi Keperawatan	122
4.2.4 Implementasi Keperawatan	123
4.2.5 Evaluasi Keperawatan	125
BAB 5 KESIMPULAN	127
5.1 Kesimpulan	127
5.1.1 Pengkajian	127
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	127
5.1.3 Intervensi Keperawatan	128
5.1.4 Implementasi Keperawatan	128

5.1.5 Evaluasi Keperawatan	128
5.2 Saran	129
5.2.1 Bagi Lahan Penelitian	129
5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan.....	129
5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya	129
5.2.4 Bagi Klien dan Keluarga.....	129
5.2.5 Bagi peneliti	130
DAFTAR PUSTAKA	131
Lampiran 1.....	134
Lampiran 2.....	135
Lampiran 3.....	136
Lampiran 4.....	156
Lampiran 5.....	157
Lampiran 6.....	158

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi.....	18
Gambar 4.1 Genogram.....	68

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor	40
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan.....	47
Tabel 4.1 Identitas Umum.....	66
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	66
Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari	68
Tabel 4.4 Konsep Diri.....	68
Tabel 4.5 Pola Kognisi dan Persepsi Sensori.....	69
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik	69
Tabel 4.7 Pemeriksaan darah lengkap	72
Tabel 4.8 Kimia Klinik	73
Tabel 4.9 Penatalaksanaan	75
Tabel 4.10 Analisa Data.....	76
Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan.....	77
Tabel 4.12 Intervensi Keperawatan	80
Tabel 4.13 Implementasi Keperawatan	84
Tabel 4.14 Evaluasi Keperawatan	86
Tabel 4.15 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan.....	93

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed Consent	134
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	134
Lampiran 3 Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah	136
Lampiran 4 Surat Mencari Data dan Ijin Melaksanakan Penelitian.....	156
Lampiran 5 Persetujuan Penelitian.....	157
Lampiran 6 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah.....	158

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
AVM	: Malformasi Arteriovenosa
CI	: <i>Clinical Instructure</i>
CRT	: <i>Cathode Ray Tube</i>
CT-Scan	: <i>Computerized Tomografi Scanning</i>
CVA	: <i>Cerebro Vaskuler Accident</i>
DM	: Diabetes Melitus
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
MCI	: <i>Mild Cognitive Impairment</i>
MRI	: <i>Magneting Imaging Resonance</i>
MRS	: Masuk Rumah Sakit
NGT	: <i>Nasogastric Tube</i>
RIND	: <i>Reversible Ischemic Neurogic Difisit</i>
ROM	: <i>Range of Motion</i>
TIA	: <i>Transient Ischemic Attack</i>
TIK	: Tekanan Intrakrania
TTV	: Tanda Tanda Vital
WHO	: <i>Word Health Organizer</i>

DAFTAR ISTILAH

Afasia	: Kesulitan dalam bicara
Analgesik	: Sekelompok obat pereda nyeri
Antikoagulan	: Obat yang berfungsi mencegah pembekuan darah
Apraksia	: Kesulitan dengan Gerakan terampil Ketika penderita memiliki kemampuan dan keinginan untuk melakukannya
Arteri	: Detak jantung yang membawa darah dari jantung dan menyebarkan ke seluruh tubuh
Disartria	: Gangguan bicara akibat kelemahan pada fungsi otot yang digunakan untuk berbicara
Disfagia	: Kesulitan dalam menelan makanan atau cairan
Emboli	: Kondisi ketika pembuluh darah tersumbat benda asing
Hemiplegi	: Kondisi terjadinya kelumpuhan
Hemorrhagic	: Pendarahan akibat pecahnya pembuluh darah pada area tertentu di dalam otak
Hipoksia	: Tidak adanya cukup oksigen dalam jaringan untuk mempertahankan fungsi tubuh
Infark	: Perdarahan akibat tersumbatnya pembuluh darah pada area tertentu di dalam otak
Iskemik	: Keadaan kurangnya aliran darah ke organ tubuh
Mobilisasi	: Kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas
Mobilitas	: Gerakan berpindah-pindah atau kesiapan untuk berpindah
Paralisis	: Hilangnya seluruh atau sebagian fungsi otot
Perfusi	: Proses darah di oksigenasi mengalis ke paru dan mengalami

Reoksigenasi

- Range Of Motion : Latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kemampuan pergerakan sendi secara normal dan lengkap
- Serebral : Gangguan yang berhubungan dengan otak
- Sirkulasi : Perputaran atau peredaran
- Subarachnoid : Penimbunan darah di dalam lapisan pelindung otak
- Stroke/CVA : Suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian pada otak tiba-tiba menjadi terganggu
- Trombosis : Penyumbatan dan terganggunya aliran darah kontak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Asuhan keperawatan adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat kepada klien untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi secara komprehensif. Menurut Lestari (2021), proses asuhan keperawatan mempunyai peran penting dalam penyelamatan dan rehabilitasi pada klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) di instansi rumah sakit. Menurut Tunik (2023), CVA (*Cerebro Vascular Accident*) adalah penyakit pembuluh darah dalam otak yang tidak hanya menyebabkan kematian tetapi juga kecacatan jangka panjang. Kecacatan tersebut tidak hanya bersifat fisik tetapi juga mental, terutama bagi mereka yang berada dalam kelompok usia produktif. Menurut Nuraini (2020), CVA (*Cerebro Vascular Accident*) adalah kerusakan pada jaringan otak yang disebabkan oleh berkurangnya atau terhentinya suplai darah secara tiba-tiba, jaringan otak yang mengalami hal ini tidak dapat berfungsi lagi sehingga berakibat fatal atau bahkan dapat membatasi klien selama bertahun-tahun sebagai orang cacat. Ada 2 jenis CVA yaitu CVA *Infark* dan CVA *Hemoragi*. Menurut Tim Medis Siloams (2023), CVA *Infark* adalah jenis CVA penyumbatan, pada kondisi ini dapat disebabkan oleh adanya pembentukan gumpalan darah pada pembuluh darah pada otak. Menurut Poggesi et al., (2021), CVA *Hemorrhagic* adalah suatu kondisi di mana aliran darah ke otak terganggu akibat pecahnya pembuluh darah di otak, yang disebabkan oleh iskemik sehingga pada keadaan tersebut suplai oksigen ke otak terganggu dan

dapat mempengaruhi kinerja saraf di otak yang dapat mengakibatkan penurunan kesadaran. Adapun faktor resiko yang dapat menyebabkan CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) yaitu hipertensi, diabetes, kolestrol tinggi, merokok, dan obesitas. Manifestasi klinis pada klien CVA bisa mencakup pada kelemahan pada (wajah, lengan dan kaki), ketidakmampuan untuk berbicara, vertigo, kehilangan penglihatan dan jatuh, disfungsi neurologis penurunan fungsi secara khusus ditentukan oleh area otak yang terlibat (Syafiq *et al.*, 2016). Seringkali masyarakat mengabaikan gejala-gejala penyakit CVA karena kurangnya pengetahuan dan sering terlambat membawa penderita CVA ke rumah sakit, sedangkan penderita CVA harus segera mungkin dibawa ke rumah sakit sebelum 3 jam setelah muncul gejala penyakit CVA karena lebih dari itu bisa berujung pada kematian. Hal ini dapat terjadi karena "waktu emas" atau "*golden time*" untuk bisa sembuh sudah terlewatkan (Tantilanna, 2022).

Menurut *World Health Organization* (2021), setiap tahun terdapat 13,7 juta kasus baru CVA (*Cerebro Vascular Accident*) dan kematian akibat CVA sekitar 5,5 juta. Diperkirakan 70% CVA terjadi di negara-negara yang memiliki penghasilan rendah dan menengah termasuk di negara Indonesia. Menurut *American Health Association* (2022), per setiap 40 detik terdapat satu kasus terbaru CVA dengan prevalensi 795.000 klien CVA baru atau berulang terjadi setiap tahunnya. Di Indonesia, jumlah penduduk terkena serangan CVA mencapai 500.000 orang dalam setiap tahun, di antaranya 2,5% atau 125.000 orang meninggal, dan sisanya cacat ringan maupun berat. Menurut data terbaru pada profil kesehatan Indonesia dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (2020), CVA (*Cerebro Vascular Accident*) menempati posisi ketiga dengan

jumlah kasus sebanyak 1.789.261 (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2021). Menurut data terbaru dari Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, prevalensi CVA di Indonesia mencapai 8,3 per 1.000 penduduk, penyakit ini menempati peringkat ketiga dalam hal pembiayaan penyakit katastrofik (penyakit yang membutuhkan biaya pengobatan tinggi, perawatan jangka panjang, dan dapat menyebabkan kecacatan), setelah penyakit jantung dan kanker (Tarmizi, 2024). Menurut data dari Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, prevalensi CVA di Jawa Timur mencapai 9,0 per 1.000 penduduk, yang berarti lebih tinggi dibandingkan rata-rata nasional sebesar 8,3 per 1.000 penduduk (Suryowati, 2024). Berdasarkan data dari rekam medik RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2022 sebanyak 219 penderita CVA *Hemorrhagic* dan 775 penderita CVA *Infark* dengan total 994 jiwa penderita CVA (Register rawat inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek dalam KTI Nindy, 2024). Berdasarkan data dari rekam medik di RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2023 sebanyak 308 penderita CVA *Hemorrhagic* dan 932 penderita CVA *Infark* dengan total 1.240 jiwa dan pada tahun 2024 mulai bulan januari hingga bulan maret jumlah kasus CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo sebanyak 113 kasus (Register rawat inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek dalam KTI Pratitis, 2024). Sedangkan pada tahun 2025 mulai bulan februari sampai maret jumlah kasus CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo sebanyak 124 kasus (Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek, 2025).

CVA (*Cerebro Vascular Accident*) adalah kerusakan pada jaringan otak yang disebabkan oleh berkurangnya atau terhentinya suplai darah secara tiba-tiba, jaringan otak yang mengalami hal ini tidak dapat berfungsi lagi sehingga

berakibat fatal atau bahkan dapat membatasi klien selama bertahun-tahun sebagai orang cacat (Nuraini, 2020). Banyak faktor yang menjadi penyebab CVA (*Cerebro Vascular Accident*) yang pertama adalah gaya hidup yang tidak sehat, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, minuman bersoda, sering konsumsi makanan cepat saji, kurang aktivitas fisik, dan juga obesitas. Faktor kedua adalah medis, faktor ini dapat menyebabkan atau memperparah CVA (*Cerebro Vascular Accident*) seperti hipertensi, kolesterol tinggi, arterosclerosis (pengerasan pembuluh darah), masalah jantung, diabetes, dan juga faktor keturunan (Anthony, 2015). Ada 2 jenis CVA (*Cerebro Vascular Accident*) yaitu CVA *Infark* dan CVA *Hemorrhagic*. CVA *infark* disebabkan oleh adanya sumbatan pada pembuluh darah yang menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen dan nutrisi. Apabila aliran darah ke otak mengalami gangguan, maka otak akan mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi. Hal ini akan menyebabkan gangguan fungsi di bagian otak tersebut yang dapat menimbulkan gangguan fisik dalam jangka waktu yang panjang bahkan kematian. Sedangkan CVA *hemorrhagic* disebabkan oleh adanya perdarahan akibat pecahnya pembuluh darah pada area tertentu di dalam otak. Kondisi ini menyebabkan aliran darah di bagian tersebut berkurang. Tanpa adanya pasokan oksigen yang dibawa oleh darah, sel otak dapat cepat mati sehingga fungsi otak pun terganggu (Hariyanto, 2015). CVA (*Cerebro Vascular Accident*) berdampak pada kemampuan memenuhi kebutuhan sendiri secara optimal, akibatnya semua aktivitas dan kebutuhan hidup sehari-hari menjadi terganggu dan hanya bergantung pada orang lain terutama keluarga dan jika penanganan CVA lebih dari 3 jam setelah terjadi serangan, mengakibatkan kerusakan otak lebih parah yang ditandai dengan kelemahan dan kelumpuhan, gangguan sensorik, nyeri, masalah bicara, dan gangguan emosional sampai kematian

(Muharom, 2022).

Penatalaksanaan *CVA (Cerebro Vascular Accident)* bertujuan untuk mengembalikan aliran darah pada otak yang tersumbat dengan cepat, mengurangi angka kematian, mencegah terjadinya sumbatan ulang dan kejadian CVA berulang. CVA dapat menimbulkan masalah kesehatan yang besar jika tidak segera ditanggulangi. Tindakan penanganan CVA dibagi menjadi 2 yaitu tindakan farmakologi dan non farmakologi. Penanganan CVA secara farmakologi dengan memberikan terapi obat-obatan atau oksigen untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak (Tarwoto, 2015). Terapi obat-obatan seperti konsumsi antikoagulan oral ,antitrombosit (aspirin), obat neuroprotektor (Tanto, 2014). Sedangkan penanganan CVA secara non farmakologi bisa dengan cara melakukan pencegahan seperti menganjurkan klien CVA untuk berhenti merokok, mengikuti diet sehat, berolahraga setiap hari (Suddarth, 2015). Terapi non farmakologi lainnya yaitu melakukan latihan fisik ROM pasif-aktif serta terapi musik (murrotal Al-Qur'an) yang terbukti mampu meringankan penyakit yang diderita seseorang karena jalur sarafnya untuk mendengarkan musik dan jalur saraf untuk merasakan nyeri pun sama dengan saat seseorang mengalaminya. Rasa sakit itu bisa dialihkan dengan mendengarkan musik murrotal Al-Qur'an (Ixora *et al.* 2020). Selain itu kita sebagai perawat juga harus melakukan terapi okupasi, dan terapi bicara adalah bagian dari rehabilitasi pada klien CVA yang harus dilakukan sesegera mungkin. Peran perawat di Rumah Sakit memberikan asuhan keperawatan sebagai tindakan mandiri perawatan kepada klien CVA untuk mencegah terjadinya komplikasi berkaitan dengan permasalahan

keperawatan yang muncul pada klien tersebut, yang meliputi pengkajian, mendiagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi yang tepat. Selain itu seorang perawat juga dapat memberikan asuhan keperawatan berupa support system dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan asuhan keperawatan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia. Perawat bisa membantu aktifitas sehari-hari dan memberikan pendidikan kesehatan pada klien dan anggota keluarga dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan, sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan. Tingginya angka kejadian CVA (*Cerebro Vascular Accident*) yang harus mendapatkan penanganan yang tepat, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dan memperdalam pengetahuan untuk memberikan “Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. SoedomoTrenggalek”.

1.2. Batasan Masalah

Batasan masalah pada studi kasus ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan Pada Salah Satu Klien Dengan Diagnosa CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* yang mengalami penurunan kesadaran, tanpa penyakit penyerta lain dengan lama hari rawatnya 3 hari yang membutuhkan asuhan keperawatan di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dan latar belakang masalah diatas, dapat dirumuskan pertanyaan masalah sebagai berikut :

“Bagaimana asuhan keperawatan pada klien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek?”.

1.4 Tujuan Masalah

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan Asuhan Keperawatan secara menyeluruh dan juga menganalisa data pada klien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* di Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian pada klien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. SoedomoTrenggalek.
- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. SoedomoTrenggalek.
- 3) Membuat perencanaan tindakan (intervensi) yang tepat pada klien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. SoedomoTrenggalek.
- 4) Melakukan tindakan (implementasi) yang tepat pada klien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke

RSUD dr. SoedomoTrenggalek.

- 5) Melakukan evaluasi Tindakan pada klien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. SoedomoTrenggalek.
- 6) Melakukan analisa antara teori dan fakta pada klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. SoedomoTrenggalek.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penulisan ini dapat digunakan sebagai kajian dalam mengembangkan ilmu dan pengetahuan keperawatan yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan pada klien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. SoedomoTrenggalek.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Tenaga Kesehatan Rumah Sakit

Sebagai pertimbangan perawat dalam merencanakan tindakan keparawatan sehingga perawat mampu memberikan tindakan yang tepat pada klien dan sebagai bahan masukan dalam memberikan Asuhan Keperawatan yang komprehensif pada klien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. SoedomoTrenggalek.

2) Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang Asuhan Keperawatan khususnya pada klien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. SoedomoTrenggalek.

3) Bagi Peneliti Selanjutnya

Dari hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi untuk melakukan penelitian sejenis dan lebih lanjut dalam bidang yang sama.

4) Bagi Klien dan Keluarga

Di harapkan klien dan keluarga termotivasi dan dapat mengaplikasikan informasi. Pada klien yang mengalami kelemahan segera melakukan terapi di rumah dengan cara melaksanakan gerakan aktif dan pasif dan sering memeriksa diri ke Puskesmas terdekat atau ke Rumah Sakit.

5) Bagi Peneliti

Menambah informasi dan pengetahuan peneliti tentang masalah keperawatan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* dan bisa digunakan sebagai bahan pertimbangan jika suatu saat di rumah sakit menemui klien dengan penyakit yang sama.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Penyakit CVA (*Cerebro Vascular Accident*)

2.1.1 Definisi CVA (*Cerebro Vascular Accident*)

CVA (*Cerebro Vascular Accident*) adalah penyakit pembuluh darah otak. CVA adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologis yang dapat memberat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain pembuluh darah (WHO, 2018).

CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) adalah suatu sindroma yang mempunyai karakteristik serangan yang mendadak, nonkonvulsif yang disebabkan karena gangguan peredaran darah otak non traumatik. (Tarwoto, 2015). CVA (*Cerebro Vascular Accident*) adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan bisa menimbulkan kematian (Munir *et al.*, 2016).

2.1.2 Klasifikasi CVA (*Cerebro Vascular Accident*)

Menurut Khotimah *et al.* (2021), klasifikasi CVA (*Cerebro Vascular Accident*) dibagi menjadi dua :

1) CVA Hemorrhagic

CVA Hemorrhagic terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak yang menyebabkan darah menggenangi jaringan otak di sekitar pembuluh darah yang menyebabkan suplai darah terganggu,

dan fungsi otak juga ikut menurun. CVA *Hemorrhagic* biasanya terjadi akibat kecelakaan yang mengalami benturan keras di kepala dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah di otak, selain itu juga bisa terjadi karena tekanan darah yang terlalu tinggi.

2) CVA *Infark*

CVA *Infark* yaitu suatu keadaan karena tersumbatnya peredaran darah di otak yang mengakibatkan kematian jaringan otak sehingga menyebabkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian. Sumbatan ini disebabkan karena adanya penebalan dinding pembuluh darah yang disebut dengan Atherosclerosis dan tersumbatnya darah dalam otak oleh emboli yaitu bekuan darah yang berasal dari thrombus di jantung.

2.1.3 Etiologi

Menurut Udani (2015), sebagian besar CVA terjadi akibat kombinasi faktor penyebab medis misalnya, peningkatan tekanan darah dan faktor penyebab perilaku misalnya merokok Berdasarkan penyebabnya, ada dua jenis CVA, yaitu :

1) CVA *Hemorrhagic*

CVA *hemorrhagic* terjadi ketika pembuluhdarah di otak pecah dan menyebabkan perdarahan. Pendarahan di otak dapat dipicu oleh beberapa kondisi yang memengaruhi pembuluh darah. Kondisi tersebut meliputi hipertensi yang tidak terkontrol, melemahnya dinding pembuluh darah, dan pengobatan dengan pengencer darah. CVA *hemorrhagic* terdiri dari dua jenis, yaitu perdarahan

intraserebral dan subarachnoid (Wijaya, 2017).

2) CVA *Infark*

CVA *infark* terjadi ketika pembuluh darah arteri yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyempitan, sehingga menyebabkan aliran darah ke otak sangat berkurang. Kondisi ini disebut juga dengan iskemia. CVA *infark* dapat dibagi lagi ke dalam 2 jenis, CVA trombotik dan CVA embolik.

2.1.4 Faktor Resiko

Menurut Mutiarasari (2019), faktor risiko dari penyakit CVA (*Cerebro Vascular Accident*) yaitu terdiri dari :

- 3) Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga.
- 4) Faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, merokok, dislipidemia, diabetes melitus, obesitas, alkohol dan atrial fibrillation.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Tarwoto (2015), manifestasi klinis CVA tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Gejala klinis CVA (*Cerebro Vascular Accident*) meliputi :

1) Kelumpuhan

Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparasis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian

frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Klien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga klien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

3) Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

4) Afasia (kesulitan dalam berbicara) Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area broca yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini klien dapat memahami lawan bicara tetapi klien tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensorik tidak mampu atau koheren. Pada afasia global klien dapat merespon pembicaraan baik menerima

maupun mengungkapkan pembicaraan.

- 5) Disartria adalah kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian klien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Klien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.
- 6) Gangguan penglihatan, diplopia. Klien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optic pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV, dan VI.
- 7) Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus kranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esofagus.
- 8) Inkontinensia. Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi, hal ini terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.
- 9) Vertigo, mual, muntah, dan nyeri kepala terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

Menurut Oktavianus (2014), manifestasi klinis stroke sebagai berikut:

1) CVA *infark*

Tanda dan gejala yang sering muncul :

a) *Transient ischemic attack (TIA)*

Timbul hanya sebentar selama beberapa menit sampai beberapa jam dan hilang sendiri dengan atau tanpa pengobatan. Serangan bisa muncul lagi dalam wujud sama, memperberat atau malah menetap.

b) *Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RIND)* Gejala timbul lebih dari 24 jam.

c) *Progressing CVA* atau *CVA involution*

Gejala makin lama makin berat (progresif) disebabkan gangguan aliran darah makin lama makin berat.

d) Sudah menetap atau permanen

2) *CVA Hemorrhagic*

Tanda dan gejala yang sering muncul sangat tergantung dengan daerah otak yang terkena.

a) Lobus parietal, fungsinya yaitu untuk sensasi somatik, kesadaran menempatkan posisi.

b) Lobus temporal, fungsinya yaitu untuk mempengaruhi indra dan memori.

c) Lobus oksipital, fungsinya yaitu untuk penglihatan.

d) Lobus frontal, fungsinya untuk mempengaruhi mental, emosi, fungsi fisik, intelektual.

2.1.6 Komplikasi CVA (*Cerebral Vascular Accident*)

Menurut Tarwoto (2020), ada beberapa komplikasi CVA (*Cerebro Vascular Accident*) antara lain :

1) Fase Akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak.

Pada area otak yang *infark* atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya.

b) Edema Serebri.

Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pada pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstesi akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial.

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi pada serebral yang dapat mengancam kehidupan.

d) Aspirasi.

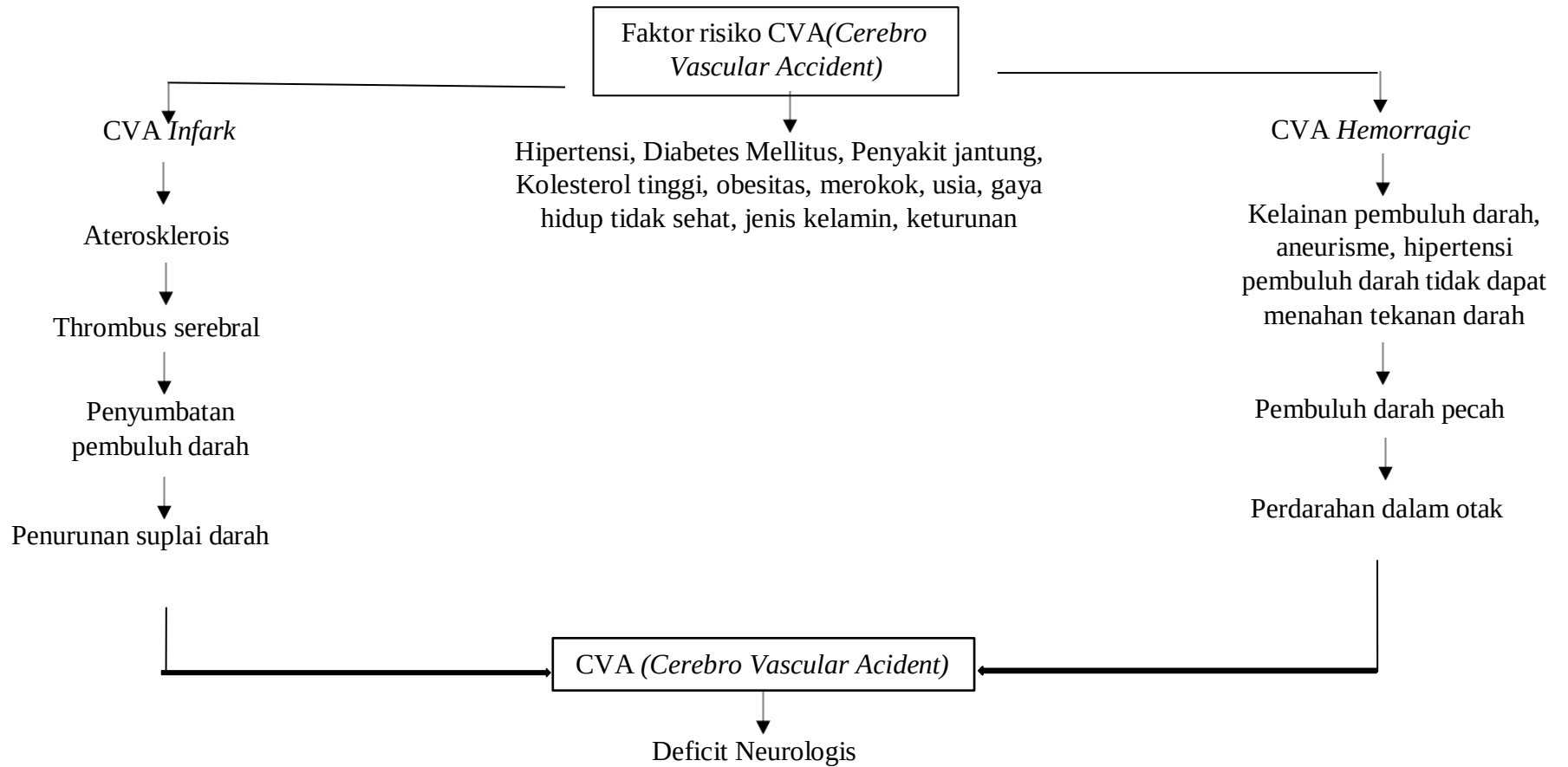
Klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflek batuk dan menelan.

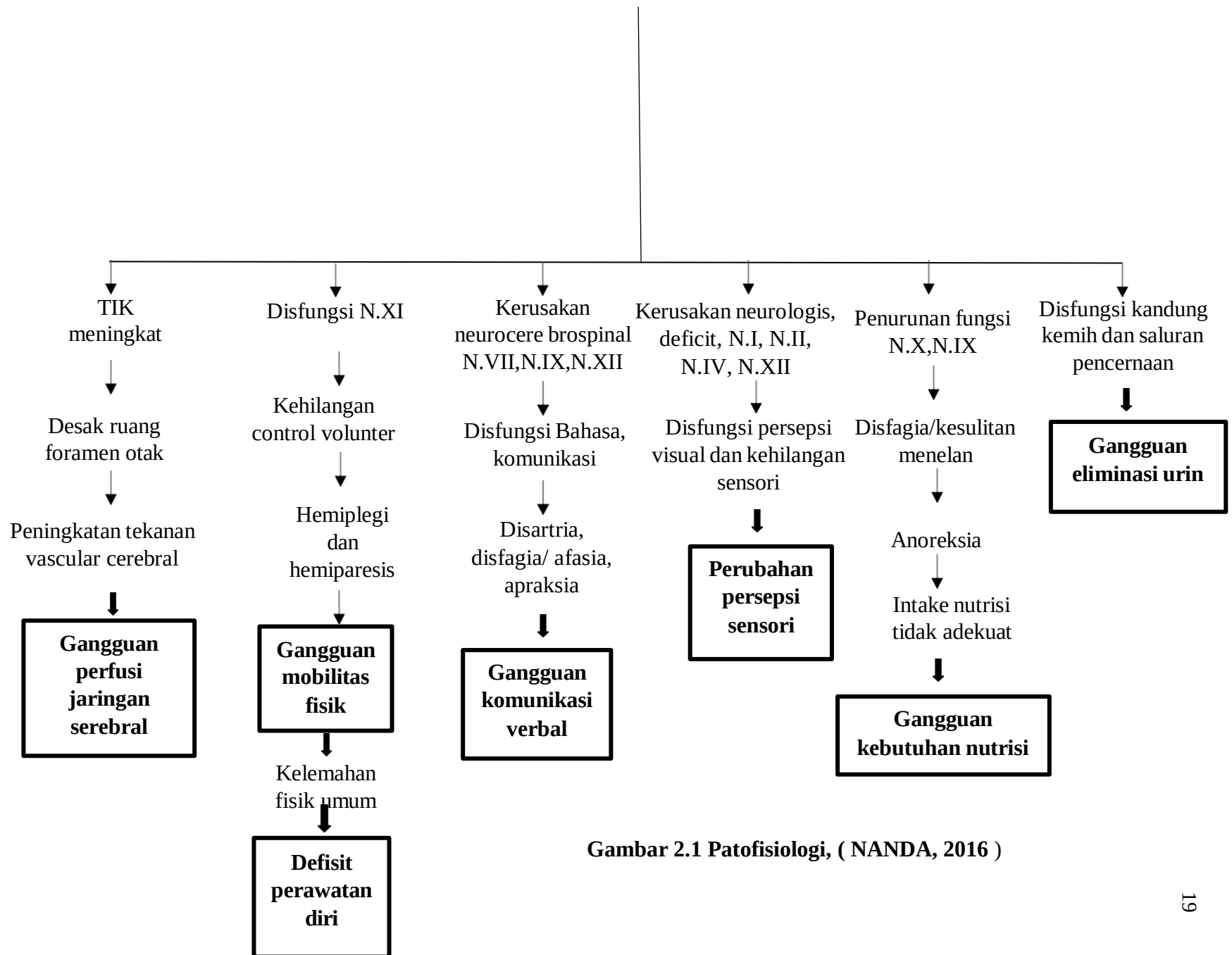
2) Komplikasi Pada Masa Pemulihan Atau Lanjut.

- a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi karena akibat imobilisasi seperti pneumonia dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia.
- b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.
- c) Malnutrisi karena intake yang adekuat.

2.1.7 Patofisiologi

a) Skema





Gambar 2.1 Patofisiologi, (NANDA, 2016)

b) Uraian

Faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya CVA (*Cerebro Vascular Accident*) yaitu hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, kolesterol tinggi, obesitas, merokok, gaya hidup tidak sehat, usia, jenis kelamin, keturunan. CVA ada dua jenis yaitu CVA *infark* dan CVA Hemoragic. Faktor terjadinya CVA *infark* yaitu penumpukan lemak, kolesterol di dinding pembuluh darah (aterosklerosis) yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah). Faktor terjadinya CVA hemoragic yaitu kelainan pembuluh darah, aneurisme, hipertensi yang dapat mengakibatkan pembuluh darah tidak bisa menahan tekanan darah sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah yang berakibat terjadinya perdarahan dan aliran darah ke otak menurun yang mengakibatkan sel-sel di dalam otak mati. Kedua factor tersebut dapat menimbulkan deficit neurologis (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen sehingga muncul **gangguan perfusi jaringan serebral**. Salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan vascular serebral dan menimbulkan nyeri kepala. Disfungsi N.XI pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan control volunter atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan, ataupun kaki

menimbulkan **gangguan mobilitas fisik**. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah **defisit perawatan diri**, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity Daily Living). Kerusakan pada neurocere brospinal N.VII,N.IX,N.XII terjadi kelemahan kontrol otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, disfasia/afasia, disatria (kehilangan kemampuan berbicara) sehingga muncul masalah **gangguan komunikasi verbal**. Kerusakan neurologis pada N.I, N.II, N.IV, N.XII juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan **gangguan perubahan persepsi sensori**. Pada saluran pencernaan atas klien mengalami penurunan fungsi pada N.X, N.IX akibatnya kesulitan menelan atau disfagia sehingga mengakibatkan masalah gangguan menelan dan menimbulkan anoreksia, akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah **gangguan kebutuhan nutrisi** kurang dari kebutuhan. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot finger sehingga menimbulkan masalah **gangguan eliminasi urine**.

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Wijaya (2015), penatalaksanaan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) adalah sebagai berikut :

- 1) Penatalaksanaan umum.
 - a) Pada fase akut
 - (1) Posisi kepala dan badan diatas 20-30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Oleh dimulai mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil.
 - (2) Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/menit bila ada hasil gas darah.
 - (3) Kandung kemih yang penuh dikosongkan dengan kateter.
 - (4) Suhu tubuh harus dipertahankan.
 - (5) Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terhadap gangguan menelan atau klien yang kesadaran menurun, dianjurkan pipi NGT.
 - (6) Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi.
- 2) Penatalaksanaan Medis (Terapi Farmakologis)
 - a) Trombolitik (streptokinase)
 - b) Anti platelet / anti trombolitik (asetosol, ticlopidin, clostazol, dipiridamol)
 - c) Antikoagulan (heparin)
 - d) Hemorrhagea (pentoxifylin)
 - e) Antagonis serotonin(noftidrofuryl)
 - f) Antagonis calcium (nomodipin, piracetam)

- 3) Penatalaksanaan khusus
 - a) Atasi kejang (antikonvulsan)
 - b) Atasi tekanan intracranial yang meninggi : manitol, gliserol, furosemide, intubasi, steroid dll)
 - c) Atasi dekompresi (kraniotomi)
- 4) Untuk penatalaksanaan faktor resiko
 - a) Atasi hipertensi (anti hipertensi)
 - b) Atasi hiperglikemia (anti hiperglikemia)
 - c) Atasi hiperurisemia (anti hiperurisemia)
- 5) Penatalaksanaan non farmakologis
 - a) Melakukan pencegahan seperti menganjurkan klien CVA untuk berhenti merokok, mengikuti diet sehat, berolahraga setiap hari (Suddarth, 2015).
 - b) Terapi okupasi, terapi bicara, melakukan ROM aktif maupun pasif pada penderita CVA.
 - c) Terapi musik (murrotal Al-quran) terbukti mampu meringankan penyakit yang diderita seseorang karena jalur sarafnya untuk mendengarkan musik dan jalur saraf untuk merasakan nyeri pun sama dengan saat seseorang mengalaminya. Rasa sakit itu bisa dialihkan dengan mendengarkan musik murrotal Al-Qur'an (Ixora *et al.* 2020).

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan neurologis lainnya, dilakukan pemeriksaan refleks batang otak, pemeriksaan nervus kranialis, serta pemeriksaan

refleks fisiologis dan patologis. Pemeriksaan neurologis dilakukan dengan membandingkan sisi kanan dan kiri, serta sisi atas dan bawah untuk menentukan luas dan lokasi lesi (Setiawan, 2021).

Berikut adalah pemeriksaan penunjang pada klien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) yaitu :

1) Pemeriksaan Radiologi

a) Computer Tomografi Scan (CT Scan)

Pembidaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma adanya jaringan otak yang *infark* atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdensfokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel atau menyebar ke permukaan otak.

b) Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab CVA (*Cerebro Vascular Accident*) secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri adanya titik okulasi atau raftur.

c) Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Menunjukkan daerah yang mengalami *infark*, iskemik.

d) Ultrasonografi Dopler

Mengidentifikasi penyakit arterio vena

e) Sinar X Tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal

f) Electro Encephalografi (EEG)

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan

mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

2) Pemeriksaan Laboratorium

- a) Lumbal pungsi: Pemeriksaan likuor merah biasanya di jumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal sewaktu hari-hari pertama.
- b) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, LED.
- c) Pemeriksaan gula darah sewaktu (GDS).
- d) Pemeriksaan kolesterol, lipid.
- e) Pemeriksaan asam urat.
- f) Pemeriksaan cairan elektrolit.
- g) Pemeriksaan masa pembekuan dan masa perdarahan

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahapan awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses sistematis yang dilakukan dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi maupun mengidentifikasi status klien.

1) Identitas klien

Meliputi nama, usia (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register dan diagnosis medis (Tarwoto, 2015).

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan diri. Pada umum keluhan klien CVA terjadi dalam dua hal yaitu CVA *infark* dan *hemorrhagic*. CVA *infark* biasanya mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual muntah, kelemahan reflek, afasia (gangguan komunikasi), difasia (memahami kata), kesemutan, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar. Kemudian pada CVA *hemorrhagic* biasanya memiliki keluhan perubahan tingkat kesadaran, sakit kepala berat, mual muntah, menggigil/berkeringat, peningkatan intrakranial, afasia, hipertensi hebat, distress pernafasan dan koma (Tarwoto, 2015).

b) Riwayat penyakit sekarang

Serangan CVA biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh klien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lain (Muttaqin, 2019)

c) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat CVA sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan klien seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan alkohol (Muttaqin, 2019).

d) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keturunan keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, ataupun riwayat CVA (*Cerebro Vascular Accident*) dari generasi terdahulu (Doengoes, 2015).

e) Riwayat psikososial

Masalah-masalah psikologis yang dialami klien yang berhubungan dengan keluarga maupun masyarakat. Seperti penyakit CVA yang merupakan suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan

dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya tersebut dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga. Perubahan hubungan dan peran terjadi karena klien sulit melakukan aktivitas dan komunikasi. Rasa cemas dan takut dalam menghadapi gangguan citra tubuh. Rasa cemas pada klien mengakibatkan kegelisahan, kegelisahan tersebut mengakibatkan gangguan dalam melakukan pelaksanaan tindakan dalam pemenuhan kebutuhan defisit perawatan diri klien. Dalam hal tersebut perawat harus mengantisipasi ketidakpatuhan klien dalam pemenuhan kebutuhan defisit perawatan diri mandi klien. Perawat harus memberikan penjelasan dan tindakan dalam meningkatkan kepatuhan dalam pemenuhan defisit perawatan diri: mandi klien (Hidayat A. , 2015).

3) Pola-pola fungsi Kesehatan :

a) Pola nutrisi cairan

Nafsu makan menjadi menurun, mual muntah pada fase akut, kehilangan sensasi (rasa kecap, cabai, garam, cuka) pada lidah, tenggorokan, pipi, disfagia ditandai dengan klien kesulitan dalam menelan ludah, makanan maupun minuman (Doengoes, 2018).

b) Pola eliminasi

Pengkajian eliminasi pada klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) difokuskan pada pengkajian eliminasi urine dan eliminasi alvi. Pada eliminasi alvi biasanya terjadi konstipasi

akibat penurunan peristaltik usus. Sedangkan pada eliminasi urine terjadi infeksi perkemihan, retensi urine, batu ginjal Doengoes, 2018).

c) Pola tidur dan istirahat

Pada pola ini dilakukan pengkajian yang meliputi pola tidur, kebiasaan sebelum tidur dan masalah dalam tidur seperti terdapat nyeri, sering terbangun karena mimpi buruk, sulit tidur, tidak merasa segar setelah bangun (Doengoes, 2018).

d) Pola aktivitas dan personal hygiene

Dalam pola aktivitas klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) mengalami kesulitan melakukan gerakan karena pada klien hemiplegia akan mengalami kelumpuhan pada salah satu anggota gerak sedangkan pada klien hemiparesis rentang dalam bergerak karena salah satu tangan, kaki atau wajah mengalami kelumpuhan (Hello sehat, 2018).

e) Pola seksualitas/ reproduksi

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui siklus haid, usia menarche, haid terakhir, masalah dalam menstruasi, penggunaan kontrasepsi sebelumnya, pemeriksaan payudara mandiri dan masalah seksual klien yang berhubungan dengan penyakit Doengoes, 2018).

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Pada klien CVA biasanya mengalami tingkat kesadaran apatis

dengan GCS 10-12 pada awal terserang CVA (Tartowo, 2015).

Tingkat kesadaran klien adalah indikator pertama status neurologis klien. Biasanya pada klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) mengalami tingkat kesadaran klien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (*samnolen*), klien acuh tak acuh terhadap lingkungan (*apatis*), mengantuk yang dalam (*sopor*) *spoor coma*, hingga penurunan kesadaran (*coma*), dengan GCS < 12 pada awal terserang CVA. Saat pemulihan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan *compos mentis* dengan GCS 13-15 (Sulistiyawati, 2020)

Tabel 2.1 Tingkat Kesadaran berdasarkan Kualitatif

Kesadaran	Tanda – tanda
<i>C Composmetis</i>	Orientasi penuh dapat menjawab pertanyaan dengan benar
<i>A Apatis</i>	Keadaan klien segan untuk berhubungan keadaan sekitar, sikap acuh tak acuh
<i>D Delerium</i>	Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotorKlien nampak gaduh gelisah, meronta-ronta
<i>S Somnolen</i>	Keadaan klien yang selalu mau tidur, dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri namun jatuh tidur kembali
<i>S Sopoora</i>	Keadaan klien mirip koma, tidak dapat dibangunkan kecuali dengan rangsangan nyeri
<i>K Koma</i>	Keadaan kesadaran yang hilang sama sekali dengan rangsangan apaun tidak akan timbul.

Sumber (Tarwoto, 2015)

(1) Tanda-Tanda Vital

(a) Pada tekanan darah biasanya klien penderita CVA yang

memiliki riwayat tekanan darah tinggi yaitu sistole >140 dan diastole >80.

(b) Nadi, nadi biasanya normal.

(c) Pernafasan pada klien CVA biasanya mengalami gangguan pada bersihan jalan nafas yang tidak efektif.

(d) Suhu pada klien CVA biasanya tidak terdapat masalah.

b) Pemeriksaan kepala dan leher

(1) Rambut : Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada klien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*).

(2) Telinga : Biasanya daun telinga terlihat sejajar kiri dan kanan. Pada pemeriksaan nervus VIII (vestibulokoklearis): biasanya pada klien CVA kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat dan tergantung dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengar jika suara keras dengan artikulasi yang cukup jelas.

(3) Wajah : Biasanya simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervous V (Trigeminus) : biasanya pada klien CVA bisa menyebutkan lokasi usapan pada klien koma. Ketika diusap pada bagian kornea mata dengan kapas halus, klien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada nervus VII (facialis) : biasanya pada alis mata simetris kanan kiri, dapat mengangkat alis, mengerutkan dahi, mengerutkan hidung, menggembungkan pipi, saat klien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat

diminta mengunyah, klien kesulitan untuk mengunyah makanan.

- (4) Hidung : Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius): Terkadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda. Pada nervus VIII (vestibulokoklearis): biasanya pada klien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan sampai hidung.
- (5) Mulut dan faring : Biasanya pada klien dengan kesadaran apatis, sopor, sopor coma hingga coma akan mengalami masalah antara lain bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis): biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan beberapa rasa dari manis hingga asin. Pada nervus IX (glossofaringeus): biasanya uvula tidak tepat ditengah, mencong kearah bagian tubuh yang lemah dan klien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglossus) : biasanya klien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan, namun artikulasi kurang jelas atau cadel saat bicara serta kesulitan menelan.
- (6) Leher : Pada pemeriksaan nervus X (vagus): biasanya klien CVA mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan

tanda rangsang minengial kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+).

(7) Pemeriksaan payudara dan Ketiak

Biasanya pada pemeriksaan payudara dan ketiak diperiksa mulai dari ukuran dan bentuk payudara, warna payudara, dan aerola, kelainan-kelainan payudara dan putik serta pada axila dan clavicula. Pemeriksaan mulai dari inspeksi(dilihat), palpasi(diraba), auskultasi(didengar), dan perkusi(diketuk).

(8) Thorak

(a) Paru – paru

Inspeksi : biasanya terlihat simetris kiri dan kanan

Palpasi : biasanya vocal fremitus teraba sama antara kiri dan kiri

Perkusi : biasanya terdengar bunyi normal (sonor)

Auskultasi : biasanya terdengar suara normal (vesikuler)

(b) Jantung

Inspeksi : biasanya tidak terlihat ictus cordis

Palpasi : biasanya teraba ictus cordis

Perkusi : biasanya batas jantung terdengar normal

Auskultasi : biasanya terdengar suara vesikuler

(9) Abdomen

Inspeksi : biasanya abdomen terlihat simetris, tidak ada asites

Auskultasi : biasanya tidak terdengar bising usung klien.

Pada pemeriksaan reflek dinding perut, pada saat perut klien

digores biasanya klien tidak merasakan apa-apa atau kebas.

Palpasi : biasanya tidak teraba pembesaran pada hepar

Perkusi : biasanya terdengar suara tympani

(10) Genetalia

Biasanya pada genetalia dilakukan pemeriksaan dengan inspeksi dan palpasi. Apa ada pembengkakan atau kelainan lain pada area genetalia dan sekitarnya.

(11) Ekstremitas

(a) Atas

Pada klien CVA terpasang infus bagian dextra maupun sinistra. CRT (Capillary Refill Time) pada klien biasanya normal yaitu < 3 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius): klien CVA tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada klien pemeriksaan reflek biasanya saat siku diketuk tidak terdapat respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep negative). Respon tersebut terjadi karena adanya hemiplegia. Hemiplegia adalah keadaan dimana klien tidak mampu untuk menggerakkan maupun memberikan respon dan cenderung mengalami kelumpuhan pada salah satu anggota ekstremitas atas dan pada saat pemeriksaan trisep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek bisep negative). Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman tromer biasanya jari tidak

mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromer positif). Hal tersebut karena pada CVA mengalami hemiparesis yang menyebabkan salah satu tangan terjadi kelemahan atau penurunan kekuatan otot.

(b)Bawah

Saat pemeriksaan reflek pada penderita CVA, biasanya saat pemeriksaan kaki kiri klien fleksi (bluedzensky positif). Saat pemeriksaan telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky positif). Pada saat pemeriksaan dorsum pedis digores biasanya jari kaki tidak berespon (reflek caddok positif) hal tersebut karena klien mengalami CVA hemiplegia, yang biasanya salah satu anggota gerak kaki tidak bisa digerakkan. Dan pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim positif) dan saat betis diremas dengan kuat biasanya klien tidak dapat merasakan apa-apa (reflek gordon positif). Dan pada saat dilakukan reflek patella biasanya fremur tidak bereaksi saat di ketukan (reflek patella positif). Sedangkan pada klien CVA hemiparesis didapatkan salah satunya kaki menjadi lemah tetapi tidak sepenuhnya.

(12) Pemeriksaan integument :

Kulit : jika kekurangan oksigen kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan maka turgor kulit akan jelek. Disamping itu

perlu dikaji tanda-tanda adanya decubitus.

(13) Kuku : perlu dilihat adanya *clubbing finger*, *cyanosis*, *CRT*

(14) Pemeriksaan neurologi pengkajian saraf otak :

Menurut Price *et al.* (2015), ada 12 saraf kranial yang dapat diidentifikasi dengan angka romawi. Fungsi dari masing-masing saraf kranial dapat sebagai sensorik, motorik atau keduanya dan dapat juga sebagai sensorik, motorik atau keduanya dapat juga sebagai otonom.

(a) Olfaktorius (I) : biasanya pada klien CVA tidak ada kelainan pada fungsi penciuman

(b) Optikus (II) : disfungsi persepsi visual karena gangguan jalur sensor primer di antar mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh

(c) Okulomotorius (III) : Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorik menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar.

- (d) Toklear (IV) : Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.
- (e) Abdusen (V) : Jika akibat CVA mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis di dapatkan penurunan kemampuan Gerakan unilateral di sisi yang sakit.
- (f) Trigemini (VI) : Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemini, penurunan kemampuan koordinasi Gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.
- (g) Fasialis (VII) : persepsi pengecap dalam dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat
- (h) Vestibulokoklearis (VIII) : tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi
- (i) Glosfaringeus (IX) : Kemampuan menelan kurang baik
- (j) Vagus (X) : Kesulitan membuka mulut
- (k) Aksesorius (XI): Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius
- (l) Hipoglossus (XII) : Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi

5) Pemeriksaan penunjang CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*):

a) Pemeriksaan Radiologi

- (1) Computer Tomografi Scan (CT Scan).
- (2) Angiografi serebral .
- (3) Magnetic Resonance Imaging (MRI).
- (4) Ultrasonografi Dopler.
- (5) Sinar X Tengkorak.
- (6) Electro Encephalografi (EEG).

b) Pemeriksaan Laboratorium

- (1) Lumbal pungsi.
- (2) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, LED.
- (3) Pemeriksaan gula darah sewaktu (GDS).
- (4) Pemeriksaan kolesterol, lipid..
- (5) Pemeriksaan asam urat.
- (6) Pemeriksaan cairan elektrolit.
- (7) Pemeriksaan masa pembekuan dan masa perdarahan.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di dalamnya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2018). Berikut diagnosa keperawatan pada klien CVA menurut (SDKI, 2017) :

- 1) Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial, gangguan aliran darah ke otak, perdarahan, edema serebral (Tarwoto, 2015).

Tabel 2.2 Tanda dan Gejala

Subjektif	Objektif
1. Klien mengatakan nyeri kepala	2. Gangguan status mental, penurunan kesadaran, perubahan tanda vital, penurunan fungsi memori, perubahan perilaku, perubahan respon motorik, kelemahan atau paralisis.

- 2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

- a) Gangguan muskulosekeletal
- b) Gangguan neuromaskular
- c) Elemahan
- d) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- e) Penurunan motivasi minat

Tabel 2.3 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1. Menolak melakukan perawatan diri	1. Tidak mampu mandi / mengenakanpakaian / makan/ ke toilet / berhias secara mandiri
	2. Minat melakukan perawatan diri kurang

Tabel 2.4 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

Definisi : Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Faktor Risiko : Ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, faktor ekonomi, faktor psikologis.

Kondisi Klinis Terkait : Stroke, parkinson, mobius Syndrome, cerebral palsy, cleft lip, cleft palate, amyotrophic lateral sclerosis, kerusakan neuromuskular, luka bakar, kanker, infeksi, AIDS, penyakit Crohn's, enterokolitis, fibrosis kistik.

4) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

Definisi : penurunan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebral
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan platum
- f) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidektomi)
- g) Hambatan individu (mis. Gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)

- h) Hambatan psikologis (mis.gangguan psikotik,gangguan konsep diri,harga diri rendah,gangguan emosi)
- i) Hambatan lingkungan (ketidak cukupan informasi,ketiadaan orang terdekat,ketidaksesuaian budaya,bahasa asing.

Tabel 2.5 Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	Tidak mampu berbicara atau mendengar
	Menunjukkan respon tidak sesuai

Tabel 2.6 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Afasia
	2. Disfasia
	3. Apraksia
	4. Disleksia
	5. Disatria
	6. Afonia
	7. Dislalia
	8. Pelo
	9. Gagap
	10. Tidak ada kontak mata
	11. Sulit memahami komunikasi
	12. Sulit mempertahankan komunikasi
	13. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh

5) Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)

Penyebab :

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran

c) Gangguan penghiduan

d) Gangguan perabaan

Tabel 2.7 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1. Mendengarkan bisikan atau bayangan suara melihat	1. Distorsi sensori
2. Merasakan melalui perabaan, penciuman, atau pengecapan sesuatu indra	2. Respon tidak sesuai
	3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu

Tabel 2.8 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
1. Menyatakan kesal	1. Menyendiri
	2. Melamun
	3. Konsentrasi buruk
	4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
	5. Curiga
	6. Melihat ke satu arah
	7. Mondar mandir
	8. Bicara sendiri

6) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040)

Penyebab :

- Iritasi kandung kemih
- Penurunan kemampuan menyadari tanda –tanda gangguan
- Efek tindakan medis dan diagnostic
- Kelemahan otot pelvis
- Ketidakmampuan mengakses toilet
- Hambatan lingkungan

- g) Ketidakmampuan mengakses toilet
- h) Hambatan lingkungan
- i) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- j) Outlet kandung kemih tidak lengkap
- k) Imaturitas

Tabel 2.9 Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Desakan berkemih	1. Distensi kandung kemih
2. Urine menetes	2. Berkemih tidak tuntas
3. Sering buang air kecil	3. Volume residu urin meningkat
4. Nokturia	
5. Mengompol	
6. Enuresis	

Tabel 2.10 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

7) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Penyebab :

- a) Kerusakan integritas struktus tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan masa otot

- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskolasketal
- l) Gangguan neuromaskular
- m) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitasfisik kecemasan
- r) Gangguan kognitif
- s) Keengganan melakukan pergerakan
- t) Gangguan sensori persepsi

Tabel 2.11 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang Gerak (ROM) menurun

Tabel 2.12 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
1. Nyeri saat bergerak	1. Sendi kaku
2. Enggan melakukan pergerakan	2. Gerakkan tidak terkoordinasi
3. Mersa cemas saat bergerak	3. Gerakan terbatas
	4. Fisik lemah

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah proses kegiatan mental yang memberi pedoman atau pengarahan secara tertulis kepada perawat atau anggota tim kesehatan lainnya tentang intervensi atau tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada klien. Rencana keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan klien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan klien secara spesifik (Manurung, 2011). Kriteria hasil menurut (Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019) dan Intervensi keperawatan menurut (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018).

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Risiko Perfusi Jaringan Cerebral Tidak Efektif berhubungan dengan deficit neurologis (D.0017)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Sakit kepala menurun 3) Gelisah menurun 4) Tekanan arteri rata-rata (mean arterial pressure/ MAP) membaik 5) Tekanan intra kranial membaik	1) Bina hubungan saling percaya 2) Kaji status neurologic setiap jam 3) Kaji tingkat kesadaran dan GCS 4) Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata 5) Kaji reflek kornea dan gag 6) Evaluasi keadaan motoric dan sensori klien 7) Monitor tanda-tanda vital 8) Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur 9) Pertahankan klien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas 10) Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk/ fleksi 11) Anjurkan klien untuk tidak menekuk lututnya, batuk, bersin, feses yang keras atau mencejan 12) Pertahankan suhu normal 13) Monitor kejang dan berikan obat anti kejang 14) Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas klien semenimal mungkin 15) Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik 16) Monitor AGD, PaCO₂ antara 35-45mmHg dan PaO₂>80 mmHg 17) Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping	1) Agar klien percaya dengan tindakan yang diberikan 2) Menentukan perubahan deficit neurologic lebih lanjut 3) Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi 4) Mengetahui fungsi N II dan III 5) Menurunnya refleks kornea dan refleks gag indikasi kerusakan batang otak 6) Gangguan motorik dan sensori dapat terjadi akibat edema otak 7) Adanya perubahan tanda-tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak 8) Bradikardia dapat diakibatkan adanya gangguan otak, murmur dapat terjadi pada gangguan jantung 9) Istirahat yang cukup lingkungan yang mencegah perc kembali 10) Memfasilitasi drainasi vena dari otak 11) Dapat meningkatkan tekanan intracranial 12) Suhu tubuh yang meningkat akan meningkatkan aliran darah ke otak sehingga meningkatkan TIK 13) Kejang dapat terjadi akibat iritasi serebral dan keadaan kejang.

18) Bantu klien untuk pemeriksaan
diagnostic

- 14) Menimalkan stimulus sehingga menurunkan TIK
- 15) Mempertahankan adekuatnya oksigen, suction, dapat meningkatkan TIK
- 16) Karbondioksida menimbulkan vasodilatasi, adekuatnya oksigen sangat penting dalam mempertahankan metabolisme otak
- 17) Meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah kloting
- 18) Klien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut.
-

2. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0109)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam terjadi perilaku peningkatan perawatan diri Kriteria hasil: 1) Klien menunjukan perubahan gaya hidup untuk kebutuhan merawat diri 2) klien mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan, mengidentifikasi personal masyarakat yang dapat membantu	Observasi : 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik : 4) Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 5) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 6) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 7) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi : 8) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian 3) Untuk mengetahui kebutuhan alat kebersihan yang diperlukan 4) Untuk memudahkan melakukan perawatan diri 5) Dengan adanya dukungan dari keluarga maka klien merasa senang 6) Untuk melatih kemampuan klien dalam perawatan diri 7) Agar klien mampu melakukan perawatan diri 8) Agar klien mampu melakukan perawatan diri
---	---	---	---

3.	Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dan mengunyah	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan klien mampu memenuhi kebutuhan nutrisi. Dengan kriteria hasil : 1) Intake makanan adekuat 2) Anemis tidak ada 3) Berat badan ideal 4) Tanda tanda vitalnormal 5) Hb dan tanda albumin normal 6) Lingkar klien normal	Observasi : 1) Identifikasi statusnutrisi 2) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 3) Monitor beratbadan 4) Identifikasi makanan yang disukai Terapeutik : 5) Lakukan oral hygiene sebelummakan, jika perlu 6) Berikan makanantinggi serat untuk mencegah konstipasi 7) Berikan makanantinggi protein dan tinggi kalori Edukasi : 8) Anjurkan posisi duduk, jika mampu 9) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : 10) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	1) Untuk mengetahuistatus nutrisi 2) Untuk mengetahui kebutuhan kalordan jenis nutrisi 3) Untuk mengetahui perkembangan berat badan sebelum sakitdan sesudah sakit 4) Untuk mengetahuimakanan apa yangdisukai 5) Untuk menjaga kebersihan mulut 6) Untuk mencegah supaya tidak terjadi konstipasi 7) Untuk membantu peningkatan gizi pada klien 8) Untuk mencegah tersedak saat makan 9) Agar klien cepat tercukupi gizinya 10) Agar klien cepat tercukupi gizinya.
----	--	--	--	--

4.	Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan disartria (D.0119)	Setelah di lakukan perawatan 3x24 jam di harapkan klien menunjukkan peningkatan kemampuan komunikasi verbalKriteria hasil: 1) Keluarga mengungkapkan pelo yang di alami klien berkurang. 2) Klien berkomunikasi dengan jelas. 3) Klien tidak berbicara berulang-ulang untuk mengulang maksud yang sama.	1) Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara 2) Pertahankan kontak mata dengan klien saat berkomunikasi 3) Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi 4) Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh 5) Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara 6) Berikan respon terhadap perilaku non verbal 7) Konsultasikan dengan terapis wicara	1) Mengidentifikasi masalah komunikasi karena gangguan bicara atau gangguan bahasa 2) Klien dapat memperhatikan ekspresi dan gerakan bibir lawan bicara sehingga dapat mudah menginterpretasikan 3) Membantu menciptakan komunikasi yang efektif 4) Memudahkan penerimaan klien 5) Dengan membaikinya bicara percaya diri akan meningkatkan dan meningkatkan motivasi untuk memperbaiki bicara
----	--	--	---	--

5.	Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu mempertahankan fungsi sensori dengan kriteria hasil : 1) Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi persepsi 2) Mendemonstrasikan tingkah laku untuk mengkompensasikan kekurangan	Observasi : 1) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 2) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan 3) Monitor tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit, suhu, sensasi dan kondisi secara berkala Terapeutik : 4) Pertahankan lingkungan yang aman 5) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol emosi 6) Jadwalkan aktivitas dan jadwal harian 7) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori Edukasi : 8) Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi) 9) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus Kolaborasi : 10) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan	1) Untuk mengetahui tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 2) Untuk mengetahui status mental, sensori dan tingkat kenyamanan 3) Untuk mengetahui tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit dan suhu 4) Untuk memberikan rasa nyaman dan aman kepada klien 5) Agar klien dapat mengontrol emosi 6) Supaya klien mempunyai kegiatan dan aktivitas setiap hari 7) Agar klien tidak merasa terbebani 8) Agar klien lebih rileks dan tenang 9) Agar klien lebih rileks dan tenang 10) Agar klien lebih rileks dan tenang 11) Agar klien lebih rileks dan tenang 12) Agar klien lebih rileks dan tenang
----	--	---	---	--

				11) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus
				12) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu
6.	Gangguan eliminasi Urine berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi, kognitif, kerusakan komunikasi (D.0040)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan klien mampu BAK dengan normal dengan kriteria hasil : 1) Pola BAK normal 2) Klien dapat berkomunikasi sebelum BAK 3) Kulit bersih dan kering 4) Terhindar dari infeksi	Observasi : 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna) Terapeutik : 4) Catat waktu-waktu dan haluan berkemih 5) Batasi asupan cairan, jika perlu Edukasi : 6) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 7) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih 8) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada	1) Untuk mengetahui tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2) Untuk mengetahui faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3) Untuk mengetahui frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna urin. 4) Untuk mengetahui seberapa sering klien berkemih 5) Untuk mengetahui banyaknya urin yang keluar. 6) Supaya mengetahui tanda dan gejala infeksi saluran kemih 7) Agar otot-otot panggul/berkemih berfungsi dengan normal lagi 8) Agar klien tidak dehidrasi

			kontraindikasi Kolaborasi :	9) Untuk mengatasi masalah eliminasi urin
			9) Kolaborasi pemberian obatsupositoria uretra, jika perlu	
7.	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan himeperise/hemiplegia (D.0054)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya. Kriteria hasil: 1) Tidak terjadi kontraktur sendi. 2) Bertambahnya kekuatan otot 3) Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas	1) Kaji kemampuan motorik 2) Ajarkan klien untuk melakukan ROM minimal 3x perhari bila mungkin 3) Bila klien di tempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh 4) Observasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema atau tanda lain gangguan sirkulasi 5) Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak 6) Lakukan massage pada daerah tertekan 7) Konsultasikan dengan ahli fisioterapi 8) Kolaborasi stimulasi elektrik 9) Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur anti dekubitus	1) Mengidentifikasi kekuatan otot, kelemahan motoric 2) Latihan ROM meningkatkan massa tonus, kekuatan otot, perbaikan fungsi jantung dan pernafasan 3) Mencegah footdrop, mencegah kontraktur fleksi bahu, mencegah edema dan kontraktur fleksi pada pergelangan 4) Daerah yang tertekan mudah sekali terjadi trauma 5) Membantu mencegah kerusakan kulit 6) Membantu memperlancar sirkulasi darah 7) Mengembangkan program khusus 8) Membantu memulihkan kekuatan otot dan meningkatkan control volunter 9) Mencegah adanya luka pada daerah yang tertekan

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Implementasi Keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan oleh seorang perawat berdasarkan intervensi/ rencana keperawatan. Dalam pelaksanaannya harus ada Standar Prosedur Operasional (SPO) atau panduan dalam melakukan implementasi.

Fase implementasi perawat melakukan pendampingan pada klien dalam merefleksikan intervensi/ perencanaan yang sudah disusun sesuai dengan skala prioritas yang telah disepakati dengan klien. kemudian pada tahap evaluasi seorang perawat harus mampu membimbing klien sehingga klien mampu menentukan tujuan selanjutnya dalam identifikasi masalah yang dialami klien. (Purba, 2020).

2.2.6 Evaluasi

Evaluasi adalah langkah terakhir pada proses keperawatan, evaluasi keperawatan ini dilakukan untuk menandai apakah rencana keperawatan yang dilakukan pada klien sudah tercapai atau sudah sesuai dengan perencanaan atau tidak (Fatimah, 2019). Pada saat akan melakukan pendokumentasian, menggunakan SOAP yaitu :

S : Data subjektif merupakan masalah yang diutarakan klien

O : Data objektif merupakan tanda klinik dan faktayangberhubungan dengan diagnosa keperawatan

A : Analisis dan diagnosa

P : Perencanaan merupakan pengembangan rencana yang akan datang dari intervensi.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan (Nursalam, 2017). Rancangan penelitian yang digunakan dalam penulisan ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Studi Kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi. Penelitian deskripsi kualitatif diartikan sebagai metode penelitian yang berlandaskan filsafat post positivisme atau enterpretif, digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah, (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara gabungan, analisis data bersifat induktif atau kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi. Penelitian deskriptif kualitatif ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Salah Satu Klien Dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek secara komperehensif dan menyeluruh. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, melakukan implementasi dan mengevaluasi. Unit kasus dianalisis secara mendalam dari berbagai segi yang berhubungan dengan kasus, faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian yang muncul akibat kasus, tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu pemaparan atau perlakuan tertentu (Sugiono,2015).

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah adalah penyajian variabel, istilah, konsep-konsep yang terkait dengan variabel yang diteliti (Setyosari, 2015). Asuhan keperawatan adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat kepada klien untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi secara komprehensif. Batasan istilah pada studi kasus ini dibatasi oleh pengambilan kasus dengan Diagnosa CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* yang mengalami penurunan kesadaran, tanpa penyakit penyerta lain dengan lama hari rawatnya 3 hari dengan kriteria partisipan :

3.3 Partisipan

Partisipan adalah orang-orang yang diajak berwawancara, diobservasi, diminta memberikan data, pendapat, pemikiran, persepsinya. Penelitian kualitatif mengkaji perspektif partisipan dengan berbagai macam strategi yang bersifat interaktif seperti observasi langsung, observasi partisipatif, wawancara mendalam, dokumen-dokumen, teknik-teknik pelengkap. Penelitian kualitatif memiliki dua tujuan utama yaitu untuk menggambarkan dan mengungkapkan (*to describe and explore*) dan tujuan yang kedua yaitu menggambarkan dan menjelaskan (*to describe and explain*) (Siyoto *et al.*, 2015). Kriteria partisipan yang digunakan adalah Salah satu Klien Ny. P Dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* tanpa penyakit penyerta lain dengan kriteria :

- 1) Klien dengan kasus CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* tanpa penyakit penyerta
- 2) Klien bersedia menjadi partisipan

- 3) Klien bersedia memberikan informasi yang diperlukan dalam penelitian
- 4) Klien yang mengalami penurunan kesadaran
- 5) Klien dengan rawat inap 3 hari

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi Penelitian

Lokasi pengambilan studi kasus asuhan keperawatan pada klien yang mengalami CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* dilaksanakan di Ruang Unit Stroke RSUD. dr. Soedomo Trenggalek.

3.4.2 Waktu Penelitian

Waktu pelaksanaan pengambilan data atau kasus pada penelitian ini pada tanggal 8 sampai 10 Maret 2025.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan atau Instrumen dan Metode Pengumpulan

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan beberapa alat bantu yaitu format pengkajian asuhan Keperawatan Medikal Bedah, pengukuran dengan alat seperti stetoskop, tensimeter, hammer, pen light, thermometer, midline, dan timbangan berat badan. Metode pengumpulan data dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Peneliti memperoleh data primer dari wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi), sedangkan data sekunder diperoleh dari hasil pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status klien dari tenaga medis yang lain serta studi dokumentasi.

3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini, didasarkan pada prosedur melakukan proses asuhan keperawatan pada saat peneliti melakukan penelitian. Adapun prosedur tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) Diterbitkannya surat izin melakukan penelitian dari Kaprodi D-3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek pada tanggal 18 februari 2025 dengan Nomor SK : **DP.04.03/F.XIII.15.5/53/2025** serta surat izin untuk melakukan praktik klinik dari RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Selanjutnya mendapat persetujuan izin penelitian dari lokasi tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan surat pengantar dari ketua prodi D-3 keperawatan kampus kabupaten Trenggalek, surat persetujuan melakukan penelitian diterbitkan pada tanggal 04 Maret 2025 dengan nomor SK : **000.9/72/406.010.001/18.00/2025**.
- 2) Tahap pengumpulan, setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari ketua prodi D-3 Keperawatan kampus Kabupaten Trenggalek, penulis bekerja sama dengan CI (Clinical Instruktur) ruangan dan perawatan untuk memperoleh informasi dari tempat pengambilan kasus mengenai calon partisipan (klien)
- 3) Tahap kontrak, mahasiswa melakukan kontrak waktu dengan klien yang akan diberikan asuhan keperawatan.
- 4) Tahap pelaksanaan, mahasiswa melakukan proses asuhan

keperawatan yang dimulai dari pengkajian, yang meliputi antara lain wawancara tentang data dasar, seperti nama, umur, alamat, pekerjaan, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit yang lalu, riwayat penyakit keluarga dan pola aktivitas sehari-hari yang selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik pada klien. setelah pengkajian dilanjutkan dengan penentuan diagnosa, kemudian menyusun rencana tindakan, melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana, setelah itu dilakukan evaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan.

- 5) Tahap terminasi, mahasiswa mengakhiri proses asuhan keperawatan pada klien, setelah klien dinyatakan sembuh dan diperbolehkan pulang.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (*Credibility*), keteralihan (*Transferability*), kebergantungan (*Dependability*) dan kepastian (*Confirmability*) (Sugiyono, 2015).

3.6.1 Credibility (kepercayaan)

Credibility bermakna kepercayaan terhadap data hasil penelitian yang disajikan oleh peneliti agar hasil penelitian yang dilakukan tidak meragukan sebagai karya ilmiah. Kredibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan klien sesuai dengan masalah berdasarkan kerja sama dengan CI (clinical instructure), pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah-langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai dengan tahapan

asuhan keperawatan.

3.6.2 Transferability (keteralihan)

Transferability adalah sejauh mana hasil penerapan suatu studi kasus pada suatu objek studi kasus dapat diterapkan dalam subjek penelitian yang lain. Artinya apakah asuhan keperawatan yang dilaksanakan ini dapat diterapkan pada klien lain dengan fenomena keperawatan yang sesuai, dan dapat dijadikan sebagai perbandingan oleh penulis yang lain atau studi kasus lain yang sesuai.

3.6.3 Dependability (kebergantungan)

Dependability adalah kesesuaian metode yang dipergunakan untuk menjawab pokok permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan. Misalnya saja kita menggabungkan dua metode pengumpulan data yaitu wawancara dan observasi.

3.6.4 Confirmability (kepastian)

Confirmability mengandung makna bahwa sesuatu itu obyektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak – pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Kondisi ini dapat diperoleh melalui proses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing satu, dua dan mahasiswa, ujian untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data klien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisa Data

Analisa data adalah sebuah kegiatan untuk mengatur, mengurutkan, mengelompokkan, memberi kode atau tanda dan mengkategorikannya

sehingga diperoleh suatu temuan berdasarkan focus atau masalah yang ingin dijawab (Gunawan, 2017). Prinsip analisis studi kasus adalah jenis penelitian kualitatif yang diawali dengan proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis, kesenjangan data antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan (Sugiyono, 2015). Peneliti dalam melaksanakan penelitian asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis CVA (*Cerebro Vascular Accident*) di ruang Unit Stroke RSUD. dr. Soedomo Trenggalek. Mengikuti tahapan analisa data mulai dari proses mencari, menyusun dan menganalisa secara sistematis. Penjelasan tahapan analisis data pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

3.7.1 Proses Mencari

Peneliti memulai proses mencari data dengan menemukan partisipan yang memenuhi kriteria. Peneliti memperoleh data dari anamnesis secara mendalam dengan menanyakan identitas, riwayat penyakit, pola aktivitas sehari-hari, pola kognitif, dan sensor persepsi, pola peran dan hubungan atau interaksi sosial, pola persepsi diri dan toleransi terhadap stress, pola seksualitas, dan nilai serta pemeriksaan fisik. Peneliti melakukan pemeriksaan fisik yang dimulai dengan melakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan persistem dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi menggunakan stetoskop.

3.7.2 Tahap Menyusun

Peneliti menyusun data dari anamnesis dan pengkajian yang dimulai dari analisa data, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melakukan tindakan yang telah direncanakan, mengevaluasi

dan mencatat perkembangan klien.

3.7.3 Tahap Analisis Data

Peneliti menganalisis data dengan melakukan pemilihan data-data yang telah ada. Dan menemukan kesenjangan antara teori dan fakta. Kesenjangan diinterpretasikan secara jelas sehingga mudah difahami semuanya dan dapat diinformasikan ke orang lain.

3.8 Etika Penelitian

Etika penelitian adalah acuan moral bagi peneliti dalam melaksanakan proses penelitian untuk proses pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Etika penelitian berkaitan dengan beberapa norma, yaitu norma sopan-santun yang memperhatikan konvensi dan kebiasaan dalam tatanan di masyarakat, norma hukum mengenai pengenaan sanksi ketika terjadi pelanggaran, dan norma moral yang meliputi itikad dan kesadaran yang baik dan jujur dalam penelitian. Etika penyusunan Karya Tulis Ilmiah harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

3.8.1 Informed Consent (Lembar Persetujuan Menjadi Responden)

Informed consent secara harfiah terdiri dari dua kata yaitu informed dan consent. Informed berarti telah mendapat penjelasan atau informasi; sedangkan consent berarti memberi persetujuan atau mengizinkan. Dengan demikian informed consent berarti suatu persetujuan yang diberikan setelah mendapat informasi. Atau dapat diartikan informed consent adalah pernyataan setuju dari klien yang diberikan dengan bebas dan rasional, sesudah mendapatkan informasi dari dokter dan sudah dimengerti oleh klien. (pakendek, 2015)

3.8.2 Confidentially (Kerahasiaan)

Masalah ini adalah masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat, 2018).

3.8.3 Anonymity (Tanpa Nama)

Masalah etika keperawatan adalah masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2018).

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek merupakan salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Trenggalek dengan tipe Rumah Sakit Umum, dan tergolong ke dalam Rumah Sakit tipe C. Rumah Sakit Umum ini bertempat di Jln. dr. Soetomo No.2 Kelurahan Tamanan Kecamatan Trenggalek Kabupaten Trenggalek dengan luas tanah 37.420 dengan luas bangunan 14.553,97 meter persegi. Ruang Unit stroke memiliki 22 kamar meliputi 2 HCU, 6 Kamar perawatan kelas 1, 2 kamar perawatan kelas 2 dan 12 kamar perawatan kelas 3. Penyakit dalam pada Ruang Unit Stroke terdiri dari penyakit pada system persyarafan, seperti CVA, tumor Otak. Di ruang Unit Stroke terdapat 15 paramedis, 1 Administrasi dan 3 Cleaning Service. 15 paramedis sendiri diantaranya 1 Kepala Ruang, 2 Ketua Tim, 4 Ketua Shift dan 8 Perawat Pelaksana. Ruang Unit stroke memiliki beberapa ruangan lain yaitu 1 ruang konsultasi, 1 kamar mandi khusus pegawai, 1 ruang perawat, 1 ruang obat dan tindakan, 1 ruang mencuci tangan, 1 ruang gym, 1 ruang peralatan, dan 9 kamar klien. Berdasarkan dari hasil pengambilan kasus yang dilakukan pada 1 klien, Ny. "P" dengan CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek pada tanggal 8 sampai tanggal 10 Maret 2025.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Umum

Tabel 4.1 Identitas Umum

Nama	Ny. P
Jenis Kelamin	Perempuan
Umur	74 tahun
Suku/ bangsa	Jawa
Agama	Islam
Pendidikan terakhir	SD
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga
Alamat	Dongko, Trenggalek
Status Perkawinan	Cerai Mati
Tgl masuk/ Jam masuk	07 Maret 2025 Jam 15.00 WIB
Ruang / Kelas	Unit Stroke/ kelas III
Tgl Pengkajian/Jam Pengkajian	8 maret 2025 pukul 08.00 WIB

2) Diagnosa Medis : Cva Infark

3) Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Keluhan Utama	Saat MRS : Keluarga klien mengatakan kepala klien sempat pusing Saat Pengkajian : Klien memberikan respon non verbal mengangguk saat ditanya kepala masih pusing atau tidak	
Riwayat Sekarang	Penyakit	Keluarga klien mengatakan pada tanggal 07 Maret 2025 Jam 04.30 WIB setelah sholat subuh badan klien lemas. Lalu beberapa jam kemudian klien merasa tangan dan kaki sebelah kanan menjadi lemas saat digerakkan dan bicara cedal. Pada pukul 10.00 WIB klien dibawa ke IGD RS dongko oleh anaknya. Setelah diobservasi dan diberi terapi klien langsung dirujuk ke RSUD dr. Soedomo trenggalek dan tiba di IGD jam 15.00 WIB. Saat dilakukan pengkajian di IGD keluarga klien mengatakan klien sempat pusing, kesulitan bicara, dan mengalami kelemahan tangan dan kaki kanan. Pada jam 17.00 WIB klien dipindah ruang ke ruang Unit Stroke. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 08 Maret 2025 Jam 08.00 WIB klien memberikan respon non verbal (mengangguk saat ditanya kepala masih pusing atau tidak, keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien lemah saat digerakkan, sulit bicara hanya menggumam. Klien mengalami penurunan kesadaran (apatis) dengan GCS 4-2-6. P : Klien merasa masih pusing (klien memberikan respon non verbal mengangguk saat ditanya kepala pusing atau tidak). Q : Pusing seperti cenut-cenut (klien memberikan respon non verbal mengangguk saat ditanya kepala pusing cenut-cenut).

R : Pada kepala bagian depan sampai belakang
 S : Pusing terasa berat (klien memberikan respon non verbal mengangguk saat ditanya kepala pusing berat).

T : Pusing sewaktu-waktu (klien memberikan respon non verbal mengangguk saat ditanya kepala pusing sewaktu-waktu).

Hasil TTV :

TD : 170/98 mmHg

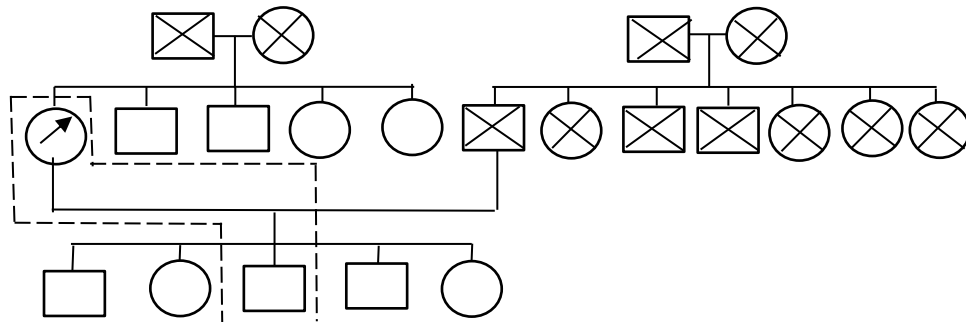
N : 65x/menit

RR/SPO2 : 20x/menit / 98%

S : 36.4°C

Riwayat Dahulu	Penyakit	Keluarga klien mengatakan klien mempunyai Riwayat hipertensi kurang lebih 7 tahun yang lalu. Keluarga klien mengatakan jika kepala klien terasa pusing hanya periksa ke dokter dan mengonsumsi obat amplodipin 10mg.
Riwayat Keluarga		Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit stroke seperti klien

Genogram :



Keterangan :



: Laki-laki



: Perempuan



: Meninggal Dunia



: Klien



: Tinggal Serumah

4) Pola Aktivitas Sehari – Hari

Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

No.	Aktivitas	Di rumah	Di RS
1.	Makan dan Minum Makan	Keluarga klien mengatakan makan 3x sehari pagi, siang, dan malam dengan jenis makanan nasi, lauk tahu tempe, dan sayur santan. Porsi makan dihabiskan. Keluarga klien mengatakan minum air putih $\pm$ 1,5 liter / hari.	Keluarga klien mengatakan selama dirumah sakit klien makan 1x pada pagi hari. Makanan yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi, sayur, dan lauk. Keluarga klien mengatakan makan se porsi habis,. Keluarga klien mengatakan selama di rumah sakit minum air putih $\pm$ 500 ml (1 gelas belimbing).
	Pola Eliminasi BAB dan BAK	Keluarga klien mengatakan saat dirumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning. Keluarga klien mengatakan BAK 5-6x sehari dengan warna BAK kekuningan dengan bau khas urine	Keluarga klien mengatakan selama di rumah sakit belum BAB. Keluarga klien mengatakan selama dirumah sakit klien BAK menggunakan diapers dengan warna kekuningan dan bau khas urine.
	Pola Istirahat/ Tidur	Keluarga klien mengatakan saat dirumah klien tidur malam pukul 21.00 WIB dan bangun pukul 04.30 WIB. Keluarga klien mengatakan sering tidur siang mulai jam 11.00 WIB sampai jam 12.00 WIB.	Keluarga klien mengatakan klien tidur malam jam 21.00 WIB. Bangun pagi jam 04.00 WIB. Biasanya klien tidur lagi setelah diberikan terapi obat-obatan lewat selang infus.
	Kebersihan Diri	Keluarga klien mengatakan saat dirumah Keluarga klien mandi 2x sehari pagi dan sore dengan memakai sabun. Gosok gigi 2x sehari dan keramas 2 hari sekali.	Keluarga klien mengatakan selama di rumah sakit klien hanya disibin dan diganti baju 1x pada pagi hari dibantu oleh keluarga. Keluarga mengatakan selama dirumah sakit klien belum sikat gigi. Selain itu klien selama dirumah sakit belum keramas.

5) Riwayat Psikososial

a) Konsep Diri

Tabel 4.4 Konsep Diri

Citra Diri	Klien mengalami penurunan kesadaran (apatis GCS 4-2-6)
Ideal Diri	Klien mengalami penurunan kesadaran (apatis GCS 4-2-6)
Harga Diri	Klien mengalami penurunan kesadaran (apatis GCS 4-2-6)
Peran	Klien berperan sebagai seorang ibu dan nenek

Identitas Diri	Klien bernama Ny. P berusia 74 tahun, jenis kelamin perempuan, ia sebagai seorang ibu dari anaknya dan seorang nenek dari cucu-cucunya, ia tinggal di Dongko, Trenggalek.
-----------------------	---

- b) Pola peran hubungan dengan orang lain : Keluarga mengatakan jika dirumah klien baik dengan tetangga dan keluarganya
- c) Pola seksual : Keluarga klien mengatakan klien sudah menopause beberapa tahun lalu dan suaminya sudah meninggal sejak 3 tahun yang lalu
- d) Pola mekanisme koping : Keluarga klien mengatakan jika ada masalah klien menyelesaikan dengan anak-anaknya
- e) Pola kognisi dan persepsi sensori :

Tabel 4.5 Pola Kognisi dan Persepsi Sensori

Status Mental	Klien mengalami penurunan kesadaran (apatis GCS 4-2-6)
Bahasa yang Digunakan	Klien kesulitan bicara saat ditanya, keluarga klien mengatakan klien biasanya memakai bahasa jawa
Kemampuan Bicara	Klien kesulitan bicara saat ditanya hanya mengumam dan memberikan respon non verbal dengan isyarat gerakan kepala jika iya klien mengangguk-ngangguk jika tidak klien geleng-geleng kepala, klien tidak mampu berbicara.
Pendengaran	Fungsi pendengaran klien baik
Pengetahuan Klien Tentang Penyakit	Klien mengalami penurunan kesadaran (apatis GCS 4-2-6)
Persepsi Tentang Penyakit	Klien mengalami penurunan kesadaran (apatis GCS 4-2-6)

- f) Data spiritual : Keluarga klien mengatakan jika dirumah klien rajin beribadah

6) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	
a. Keadaan Umum	Keadaan umum lemah. Penurunan kesadaran (apatis) GCS 4-2-6, ekstremitas dextra lemah. Terpasang infus di tangan kanan.
b. Tanda-tanda vital	TD : 170/98 mmHg N : 65x/menit RR/SPO2 : 20x/menit / 98% S : 36.4°C

c. Pemeriksaan kepala dan leher 1. Kepala dan Rambut	Inspeksi : Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut hitam sebagian beruban, wajah simetris. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala.
2. Mata	Inspeksi : Simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih. Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema Pemeriksaan visus : Pandangan tidak kabur
3. Telinga	Inspeksi : Telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan, pendengaran baik Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.
4. Hidung	Tidak ada pernapasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret, tidak ada perdarahan.
5. Mulut	Bibir tidak simetris. Tidak ada sianosis, keadaan mulut dan lidah tampak bersih, tidak ada gigi pasangan, mukosa bibir lembab, tidak mengalami kesulitan menelan, sulit berbicara.
6. Leher	Inspeksi : Tidak ada pembesaran vena jugularis. Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, ada reflek menelan
d. Pemeriksaan Integumen	Inspeksi : Kulit tampak lembab, tidak terdapat lesi. Palpasi : Turgor kulit < 3 detik, akral hangat, CRT < 3 detik, suhu tubuh 36,4 °C
e. Pemeriksaan dada/ thorax 1. Pemeriksaan Jantung	Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat Palpasi : ictus cordis teraba di ICS 4 dan 5, frekuensi nadi 65x/menit Perkusi : suara jantung pekak Auskultasi : bunyi jantung lup dup
2. Pemeriksaan Paru	Inspeksi : bentuk normal <i>chest</i> , pernapasan <i>reguler</i> , tidak ada <i>retraksi intercostral</i> . Palpasi : <i>Vocal Fremitus</i> (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri Perkusi : suara paru sonor Auskultasi : tidak terdengar suara nafas tambahan.
f. Pemeriksaan Payudara	Inspeksi : payudara simetris kanan kiri, aerola berwarna kecoklatan Palpasi : tidak teraba adanya benjolan
g. Abdomen	Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan, tidak ada <i>lesi</i> . Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak terdapat massa Perkusi : terdengar suara <i>Thympani</i>

	Auskultasi : bising usus terdegar 7x/menit						
h. Genetalia	Tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/ inkontinensia urine.						
i. Ekstremitas	Terpasang infus Pz 14 tpm ditangan kanan, akral teraba hangat, ekstremitas kanan lemah, kekuatan otot pada ekstremitas kanan menurun. Rentang gerak (ROM) klien menurun <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dextra</th><th>Sinistra</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> Nilai 5 : kekuatan otot penuh Nilai 3: dapat mengangkat tetapi langsung jatuh. Klien mengalami keterbatasan melakukan aktivitas	Dextra	Sinistra	3	5	3	5
Dextra	Sinistra						
3	5						
3	5						
j. Pemeriksaan Neurologis	<i>Reflek Fisiologis:</i> -Trisep (+) (+) -Bisep (+) (+) -Patella (+) (+) <i>Reflek Patologis :</i> -Babinski (+) (-) Chaddock (+) (-) Sensasi Nyeri (+) Sensasi Panas dan Dingin (+) Penciuman (+)						
Kemampuan Sensorik							
Kemampuan Motorik	Kelemahan otot pada tangan dan kaki kanan						
k. Nervus Cranialis	1. Olfactorius : Penciuman klien baik, klien mampu mencium bau minyak kayu putih. 2. Opticus : klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata. 3. Okulomotorius : pupil <i>miosis</i> (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya) 4. Toklear : klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan ke bawah 5. Trigemini : reflek berkedip klien positif 6. Abdusen : klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri 7. Fasialis : klien mampu mengerutkan dahi 8. Vestibulacochlear : Fungsi pendengaran klien baik						

-
9. Glasofaringeus : klien mengalami kesulitan bicara(disartria), klien masih mampu membedakan rasa makanan.
 10. Vagus : klien saat makan tidak mengalami kesulitan menelan makanan
 11. Aksesorius : klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan dan kiri
 12. Hipoglossus : klien mampu menjulurkan lidah tapi tidak sampai keluar mulut
-

7) Pemeriksaan Penunjang

g) Pemeriksaan Darah Lengkap

Tabel 4.7 Pemeriksaan darah lengkap

Tanggal pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Rentang Nilai	
07 Maret 2025	Hemoglobin	L	12.3	g/dL	12.5-16.0
	Hematokrit	L	36.8	%	37.0-47.0
	Lekosit		6.8	10^3/uL	4.0-10.5
	Trombosit		323	10^3/uL	150-450
	Eritrosit		4.87	Juta/uL	3.50-4.76
	MCV		75.6	fL	78.0-100.0
	MCH	L	30.2	pg	31.0-37.0
	MCHC	L	34.1	g/dL	37.0-54.0
	RDW		13.7	%	11.0-16.0
	PDW		11.6	fL	9.0-17.0
	MPV		9.2	fL	8.0-11.0
	Neu%		57.0	%	37.0-72.0
	Lym%		33.3	%	15.0-50.0
	Mxd%		9.7	%	0.0-14.0
	Neu#		3.8	10^3/uL	1.5-6.6
	Lym#		2.3	10^3/uL	1.5-3.5
	Mxd#		0.7	10^3/uL	<1.0
	Glukosa Darah		120	mg/dL	<180.0

e GFR	90		
Kolesterol total H	204	mg/dL	140-200

h) CT Scan kepala tanpa kontras (07-03-2025)

Ksimpulan :

(1) *Thrombo-embolic cerebral infarction* :

a) *Sub acute di lobus temporo-parietalis anterior* kiri :

b) *Chronic to encephalomalacia di cerebellum* kiri

(2) *Sub-acute chronic ischemic cerebral* di *SSO et corona radiata et capsula externa* kanan, *basal ganglia et thalamus* kiri dan *pons*

(3) *Hedrocephalus*

(4) *Atherosklerosis MCA bilateral*

Keterangan :

Dari hasil ct-scan yaitu pada lobus temporo-parietalis anterior kiri mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis terutama yang terkait dengan fungsi berbahasa yaitu pada nervus IX (glasovaringeus).

i) Thorax PA/AP (07-03-2025)

(1) COR : Kesan membesar, tampak elongasi aorta

(2) Pulmo : Tampak penebalan corakan vaskuler paru kanan kiri

(3) Trachea ditengah

(4) Hemidiafragma kanan kiri tampak baik

(5) Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam

(6) Tulang-tulang tampak baik

(7) Soft tissue tampak baik

Kesan :

- a) Pulmo tak tampak kelainan
- b) Elongasti aorta
- c) Cardiomegaly

j) Kimia Klinik (07-03-2025)

Tabel 4.8 Kimia Klinik

Tes	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
SGOT	15.1	u/L	9.0-25.0
SGPT	8.1	u/L	7.0-30.0
UREUM	20.3	mg/dL	15.0-45.0
CREATININ	0.8	mg/dL	0.6-1.1

8) Penatalaksanaan (Terapi/Pengobatan)

Tabel 4.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan	Obat-obatan	Rute
08 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x250 mg	Intravena
09 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x250 mg	Intravena
10 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x250 mg	Intravena

4.1.2 Analisa Data

Table 4.10 analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi						
1.	DS : 1) Klien memberikan respon non verbal dengan menganggukkan saat ditanya kepala masih pusing atau tidak, pusing terasa cunut-cunut pada bagian depan sampai belakang kepala dan pusing sewaktu-waktu DO : 1) K/U lemah 2) Mengalami penurunan kesadaran apatis GCS 4-2-6 3) Skala pusing berat 4) Akral teraba hangat 5) CRT < 3 detik 6) Turgor kulit Kembali < 3 detik 7) TTV TD : 170/98 mmHg N : 65x/menit RR/SPO2 : 20x/menit / 98% S : 36.4°C 8) Hasil CT Scan Ksimpulan : <i>Thrombo-embolic cerebral infarction :</i> <i>a) Sub acute di lobus temporo-parietalis anterior kiri</i> <i>b) Chronic to encephalomalacia di cerebellum kiri</i> <i>c) Sub-acute chronic ischemic cerebral di SSO et corona radiata et capsula externa kanan, basal ganglia et thalamus kiri dan pons</i> <i>d) Hedrocephalus</i> <i>e) Atherosklerosis MCA bilateral</i>	Gangguan perfusi jaringan serebral	Defisit Neurologis ↓ TIK meningkat ↓ Desak ruang foramen otak ↓ Peningkatan tekanan <i>vascular cerebral</i>						
2.	DS : 1) Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien lemah saat digerakkan DO : 1) K/U lemah 2) Mengalami penurunan kesadaran apatis GCS 4-2-6 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas 4) <i>Reflek Fisiologis:</i> <i>Trisep (+) (+)</i> <i>Bisep (+) (+)</i> <i>Patella (+) (+)</i> <i>Reflek Patologis:</i> <i>Babinski (+) (-)</i> <i>Chaddok (+) (-)</i> 5) Kekuatan otot menurun <table><tr><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	Dextra	Sinistra	3	5	3	5	Gangguan mobilitas fisik	Defisit neurologis ↓ Kehilangan control volunter ↓ Hemiplegi dan hemiparesis
Dextra	Sinistra								
3	5								
3	5								

-
- 6) Rentang gerak (ROM) menurun
 7) TTV
 TD : 170/98 mmHg
 N : 65x/menit
 RR/SPO2 : 20x/menit / 98%
 S : 36.4°C
-

3.	DS :	Gangguan komunikasi verbal	Defisit Neurologis
	1) Keluarga klien mengatakan klien sulit bicara		↓
	DO :		Disfungsi bahasa dan komunikasi
	1) K/U lemah		↓
	2) Mengalami penurunan kesadaran apatis GCS 4-2-6		Disartria
	3) Klien kesulitan bicara, disartria		
	4) Klien tidak mampu berbicara		
	5) TTV		
	TD : 170/98 mmHg N : 65x/menit RR/SPO2 : 20x/menit / 98% S : 36.4°C		

4.1.3 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda tangan
1.	8-3-2025	DS : 1) Klien memberikan respon non verbal dengan menganggukkan saat ditanya kepala masih pusing atau tidak, pusing terasa cenut-cenut pada bagian depan sampai belakang kepala dan pusing sewaktu-waktu. DO : 1. K/U lemah 2. Mengalami penurunan kesadaran apatis GCS 4-2-6 3. Skala pusing berat 4. Akral teraba hangat 5. CRT < 3 detik 6. Turgor kulit Kembali < 3 detik 7. TTV TD : 170/98 mmHg N : 65x/menit RR/SPO2 : 20x/menit / 98% S : 36.4°C	10-3-2025	

-
8. Hasil CT Scan
Ksimpulan :
Thrombo-embolic cerebral infarction :
a) *Sub acute di lobus temporo-parietalis anterior* kiri
b) *Chronic to encephalomalacia di cerebellum* kiri
c) *Sub-acute chronic ischemic cerebral di SSO et corona radiata et capsula externa* kanan, basal ganglia et thalamus kiri dan pons
d) *Hedrocephalus*
e) *Atherosklerosis MCA bilateral*
-

- | | | | | |
|----|----------|--|-----------|---|
| 2. | 8-3-2025 | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan DS :
1) Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien lemah saat digerakkan
DO :
1) K/U lemah
2) Mengalami penurunan kesadaran apatis GCS 4-2-6
3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas
4) <i>Reflek Fisiologis:</i>
<i>Trisep (+) (+)</i>
<i>Bisep (+) (+)</i>
<i>Patella (+) (+)</i>
<i>Reflek Patologis:</i>
<i>Babinski (+) (-)</i>
<i>Chaddock (+) (-)</i>
5) Kekuatan otot menurun
Dextra Sinistra
3 5
3 5
6) Rentang gerak (ROM) menurun
7) TTV
TD : 170/98 mmHg
N : 65x/menit
RR/SPO2 : 20x/menit / 98%
S : 36.4°C | 10-3-2025 |  |
| 3. | 8-3-2025 | Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria ditandai dengan DS :
1) Keluarga klien mengatakan klien sulit bicara
DO :
1) K/U lemah
2) Mengalami penurunan kesadaran apatis GCS 4-2-6
3) Klien kesulitan bicara, disartria | 10-3-2025 |  |
-

4) Klien tidak mampu berbicara

5) TTV

TD : 170/98 mmHg

N : 65x/menit

RR/SPO2 : 20x/menit / 98%

S : 36.4°C

4.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.12 intervensi Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasionalisasi
1.	08-03-2025	Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam maka perfusi jaringan otak dapat tercapai secara normal dengan kriteria hasil : 1. Klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik dan motorik. 2. Tanda-tanda vital stabil. 3. Peningkatan TIK tidak ada 4. Gangguan lebih lanjut tidak terjadi	1. Bina hubungan saling percaya 2. Kaji status neurologic setiap jam 3. Kaji tingkat kesadaran dan GCS 4. Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata 5. Kaji reflek kornea dan gag 6. Evaluasi keadaan motoric dan sensori klien 7. Monitor tanda-tanda vital 8. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur 9. Pertahankan klien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas 10. Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk/fleksi	1. Agar klien percaya dengantindakan yang diberikan 2. Menentukan perubahan deficit neurologic lebih lanjut 3. Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi 4. Mengetahui fungsi N II dan III 5. Menurunnya refleks kornea dan refleks gag indikasi kerusakan batang otak 6. Gangguan motorik dan sensori dapat terjadi akibat edema otak 7. Adanya perubahan tanda-tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak 8. Bradikardia dapat diakibatkan adanya gangguan otak, murmur dapat terjadi pada gangguan jantung 9. Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali 10. Memfasilitasi drainasi vena dari otak

				11. Anjurkan klien untuk tidak menekuk lututnya, batuk, bersin, feses yang keras atau mengejan 12. Pertahankan suhu normal 13. Monitor kejang dan berikan obat anti kejang 14. Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas klien semenimal mungkin 15. Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik 16. Monitor AGD, PaCO ₂ antara 35-45mmHg dan PaO ₂ >80 mmHg 17. Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping 18. Bantu klien untuk pemeriksaan diagnostic	11. Dapat meningkatkan tekanan intracranial 12. Suhu tubuh yang meningkat akan meningkatkan aliran darah ke otak sehingga meningkatkan TIK 13. Kejang dapat terjadi akibat iritasi serebral dan keadaan kejang. 14. Menimalkan stimulus sehingga menurunkan TIK 15. Mempertahankan adekuatnya oksigen, suction, dapat meningkatkan TIK 16. Karbondioksida menimbulkan vasodilatasi, adekuatnya oksigen sangat penting dalam mempertahankan metabolisme otak 17. Meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah kloting 18. Klien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut.
2.	08-03-2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam maka klien mampu meningkatkan aktivitas fisik pada sisi tubuh yang mengalami kelemahan, dengan kriteria hasil: 1. Mempertahankan keutuhan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur, footdrop	1. Kaji kemampuan motorik 2. Ajarkan klien untuk melakukan ROM minimal 3x perhari bila mungkin 3. Anjurkan keluarga untuk mengubah posisi klien (miring kanan	1. Mengidentifikasi kekuatan otot, kelemahan motoric 2. Latihan ROM meningkatkan massa tonus, kekuatan otot, perbaikan fungsi jantung dan pernafasan 3. Mencegah footdrop, mencegah kontraktur fleksi bahu, mencegah edema dan

			2. Mempertahankan kekuatan/ fungsi tubuh secara optimal 3. Mendemonstrasikan teknik/ perilaku melakukan aktivitas 4. Mempertahankan integritas kulit 5. Kebutuhan ADL terpenuhi	4. Observasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema atau tanda lain gangguan sirkulasi 5. Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak 6. Lakukan massage pada daerah tertekan 7. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi 8. Kolaborasi stimulasi elektrik 9. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur anti dekubitus	- kontraktur fleksi pada pergelangan 4. Daerah yang tertekan mudah sekali terjadi trauma 5. Membantu mencegah kerusakan kulit 6. Membantu memperlancar sirkulasi darah 7. Mengembangkan program khusus 8. Membantu memulihkan kekuatan otot dan meningkatkan control volunter 9. Mencegah adanya luka pada daerah yang tertekan
3.	08-03-2025	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam maka diharapkan kemampuan berbicara membaik dengan kriteria hasil : 1. Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal 2. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar 3. Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain	1. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara 2. Pertahankan kontak mata dengan klien saat berkomunikasi 3. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi 4. Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh 5. Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara	1) Mengidentifikasi masalah komunikasi karena gangguan bicara atau gangguan bahasa 2) Klien dapat memperhatikan ekspresi dan gerakan bibir lawan bicara sehingga dapat mudah menginterpretasikan 3) Membantu menciptakan komunikasi yang efektif 4) Memudahkan penerimaan klien 5) Dengan membaiknya bicara percaya diri akan meningkatkan dan meningkatkan motivasi untuk memperbaiki bicara

6.	Berikan respon terhadap perilaku non verbal	6)	Menunjukkan adanya respon dan rasa empati terhadap klien
7.	Konsultasikan dengan terapis wicara	7)	Penanganan lebih lanjut dengan teknik khusus

4.1.5 Implementasi Keperawatan

Tabeln 4.13 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan		Jam	08 Maret 2025				
Implentasi							
Gangguan jaringan perfusi cerebral berhubungan dengan deficit neurologis	09.00	1)	Membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga. (memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga, menjelaskan maksud dan tujuan setiap kali melakukan tindakan dan keluarga klien menandatangani lembar inform consent).				
	09.10	2)	Mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK : (Klien memberikan respon non verbal dengan menganggukkan saat ditanya kepala masih pusing atau tidak, pusing terasa cenut-cenut pada bagian depan sampai belakang kepala, skala pusing berat, dan pusing sewaktu-waktu)				
	09.15	3)	Mengkaji kesadaran klien : kesadaran apatis GCS 4-2-6				
	09.25	7)	Memonitor TTV TD : 170/98 mmHg N : 65x/menit RR/SPO2 : 20x/menit / 98% S : 36.4°C CRT < 3 detik Turgot kulit Kembali < 3 detik				
		9)	Mempertahankan klien untuk bedrest, memberikan lingkungan tenang dengan membatasi pengunjung dan menimalisir barang bawaan keluarga klien				
		10)	Mempertahankan kepala klien 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk				
	09.30	11)	Menganjurkan klien untuk tidak batuk yang berlebihan, bersin atau mengejan saat BAB				
	09.35	12)	Mempertahankan suhu normal (jika klien merasa dingin menganjurkan untuk memakai selimut, jika klien merasa panas menganjurkan untuk kompres dengan air hangat)				
	13.30	17)	Memberikan obat sesuai program Citicoline IV 2x250 mg				
		7)	Memonitor ulang TTV TD : 160/85 mmHg N : 65x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 98% CRT < 3 detik Turgot kulit Kembali < 3 detik				
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	10.15	1)	Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot. Kekuatan otot : Dextra Sinistra <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	3	5	3	5
	3	5					
	3	5					
	10.30	2)	Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada <i>ekstremitas</i> kanan yang mengalami kelemahan, seperti menekuk tangan dan kaki, menggenggam dan melebarkan jari-jari tangan dan kaki				
	10.35	3)	Membantu klien dan menganjurkan keluarga untuk mengubah posisi klien (miring kanan miring kiri) setiap 2 jam sekali				
10.40	4)	Mengobservasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema atau tanda lain gangguan sirkulasi					

	10.45	5) Menginspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, dan memberikan bantalan 6) Melakukan massage pada daerah yang tertekan
Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria	10.50	1) Mengkaji kemampuan komunikasi klien : klien kesulitan bicara tetapi dapat memahami apa yang dibicarakan dan hanya menggumam 2) Mempertahankan kontak mata saat berbicara dengan klien dan berbicara pelan dengan intonasi normal
	11.00	3) Menciptakan lingkungan penerimaan dan privasi 5) Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara dan kata-kata sederhana : melatih klien untuk latihan vokal AIUEO 6) Memberikan respon terhadap perilaku non verbal kepada klien dengan memberikan tepuk tangan dan acungan jempol saat klien berusaha menirukan apa yang diajarkan

4.1.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.14 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Jam	08 Maret 2025	Evaluasi
Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan deficit neurologis	14.00	S :	1. Klien memberikan respon non verbal dengan menganggukkan saat ditanya kepala masih pusing atau tidak, pusing terasa cenut-cenut pada bagian depan sampai belakang kepala dan pusing sewaktu-waktu O : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran apatis GCS 4-2-6 3) Skala pusing berat 4) CRT < 3 detik 5) Akral teraba hangat 6) Turgor kulit < 3 detik 7) TTV: TD : 160/85 mmHg N : 65x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 98% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 2. Kaji tanda tanda peningkatan TIK 3. Kaji tingkat kesadaran dan GCS 7. Monitor tanda-tanda vital 9. Pertahankan klien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas 10. Pertahankan kepala klien 30 derajat dengan posisi leher tidak menekuk 17. Berikan obat sesuai program
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	14.00	S :	1) Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan masih lemah saat digerakkan O : 1) K/U lemah 2) Mengalami penurunan kesadaran apatis GCS 4-2-6 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas 4) Reflek Fisiologis: Trisep (+) (+) Bisep (+) (+) Patella (+) (+) Reflek Patologis: Babinski (+) (-) Chaddock (+) (-) 5) Kekuatan otot menurun Dextra Sinistra 3 5 3 5 6) Rentang gerak (ROM) menurun A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi

			1. Kaji kemampuan motorik 2. Ajarkan klien untuk melakukan ROM 3x perhari bila kondisi klien memungkinkan 3. Anjurkan keluarga untuk mengubah posisi (miring kanan miring kiri) tiap 2 jam sekali 4. Observasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi 5. Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak 6. Lakukan massage pada daerah tertekan
Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria	13.00	S : 1) Keluarga klien mengatakan klien masih sulit bicara dan hanya menggumam saat ditanya O : 1. Keadaan umum lemah 2. Kesadaran apatis GCS 4-2-6 3. Klien sulit berbicara (disartria) 4. Klien tidak mampu berbicara A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1) Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara 2) Pertahankan kontak mata dengan klien saat berkomunikasi 3) Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi 5. Ajarkan klien untuk memperbaiki bicara dengan kata-kata yang sederhana 6. Berikan respon terhadap perilaku non verbal kepada klien dengan memberikan tepuk tangan dan acungan jempol saat klien berusaha menirukan apa yang diajarkan	

4.1.7 Catatan Perkembangan

No Diagnosa Keperawatan		Evaluasi Awal Dinas	Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Akhir Dinas
09 Maret 2025		Jam 07.00 WIB			Jam 21.00 WIB
1.	Gangguan Perfusion Jaringan Cerebral berhubungan dengan Defisit neurologis	S :	14.30	2) Mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK : (Klien memberikan respon non verbal dengan menganggu kepala saat ditanya pusing sudah berkurang atau belum, pusing terasa cunut-cunut pada bagian belakang kepala berkurang dan pusing sewaktu-waktu berkurang)	S :
		1) Klien memberikan respon non verbal dengan menganggu kepala saat ditanya kepala masih pusing atau tidak, pusing terasa cunut-cunut pada bagian depan sampai belakang kepala dan pusing sewaktu-waktu	14.35		1) Klien memberikan respon non verbal dengan menganggu kepala saat ditanya pusing sudah berkurang atau belum, pusing terasa cunut-cunut pada bagian belakang kepala mulai berkurang).
		O :		3) Mengkaji tingkat kesadaran klien: kesadaran apatis GCS 4-3-6	O :
		1) Keadaan umum lemah		7) Memonitor TTV :	1) Keadaan umum lemah
		2) Kesadaran apatis GCS 4-2-6		TD : 155/70 mmHg	2) Kesadaran apatis GCS 4-3-6
		3) Skala pusing berat		N : 70x/menit	3) Pusing sedang
		4) CRT < 3 detik		S : 36,3°C	4) CRT < 3 detik
		5) Akral teraba hangat		RR : 20x/ menit	5) Akral teraba hangat
		6) Turgor kulit < 3 detik	16.00	SPO2 : 98%	6) Turgor kulit < 3 detik
		7) TTV:		CRT <3 detik	7) TTV :
		TD : 160/70 mmHg		Turgor kulit Kembali < 3 detik	TD : 145/80 mmHg
		N : 65x/ menit	16.10	9) Mempertahankan klien untuk bedrest, memberikan lingkungan tenang, membatasi pengunjung, mengatur waktu istirahat klien	N : 60x/menit
		S : 36,3°C		10) Mempertahankan kepala 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk	S : 36,5°C
		RR : 20x/ menit	17.00		RR : 20x/ menit
		SPO2 : 98%			SPO2 : 98%
		A : Masalah belum teratasi	19.30		A : Masalah teratasi sebagian
		P : Lanjutkan Intervensi			3) Peningkatan TIK mulai berkurang
		2) Kaji tanda tanda peningkatan TIK	20.00	17) Memberikan terapi obat injeksi IV :	4) Gangguan lebih lanjut tidak terjadi
		3) Kaji tingkat kesadaran dan GCS		Citicolin 2x250 mg	P : Lanjutkan intervensi
		7) Monitor tanda-tanda vital		7) Memonitor ulang TTV :	1) Monitor tanda tanda peningkatan TIK
		9) Pertahankan klien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas		TD : 145/80 mmHg	2) Kaji tingkat kesadaran dan GCS
		10) Pertahankan kepala klien 304		N : 60x/menit	7) Monitor tanda- tanda vital
				S : 36,5°C	9) Pertahankan klien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas
				RR : 20x/ menit	10) Pertahankan posisi kepala 30-45 derajat ditempat tidur dengan posisi

	derajat dengan posisi leher tidak menekuk		SPO2 : 98% CRT <3 detik Turgor kulit kembali < 3 detik		leher tidak menekuk 17) Berikan terapi sesuai program
	17) Berikan obat sesuai program				
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	S : 1) Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan masih lemah saat digerakkan O : 1) K/U lemah 2) Mengalami penurunan kesadaran apatis GCS 4-2-6 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas 4) <i>Reflek Fisiologis:</i> <i>Trisep</i> (+) (+) <i>Bisep</i> (+) (+) <i>Patella</i> (+) (+) <i>Reflek Patologis:</i> <i>Babinski</i> (+) (-) <i>Chaddock</i> (+) (-) 5) Kekuatan otot menurun Dextra Sinistra $\frac{3}{3} \mid \frac{5}{5}$ 6) Rentang gerak (ROM) menurun A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1) Kaji kemampuan motorik 2) Ajarkan klien untuk melakukan ROM 3x sehari bila kondisi klien memungkinkan 3) Anjurkan keluarga untuk mengubah posisi (miring kanan miring kiri) tiap 2 jam sekali 4) Observasi daerah yang tertekan	14.40 14.50 15.00 15.15 15.30	1) Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot. Kekuatan otot : Dextra Sinistra $\frac{4}{4} \mid \frac{5}{5}$ 2) Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada <i>ekstremitas</i> kanan yang mengalami kelemahan, seperti menekuk tangan dan kaki, menggenggam dan melebarkan jari-jari tangan dan kaki 3) Membantu klien dan menganjurkan keluarga untuk mengubah posisi klien (miring kanan miring kiri) setiap 2 jam sekali 4) Mengobservasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema atau tanda lain gangguan sirkulasi 5) Menginspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, dan memberikan bantalan 6) Melakukan massage pada daerah yang tertekan	S : 1) Keluarga klien mengatakan klien bisa mengangkat tangan dan kaki kanan dengan tahanan agak lama O : 1) K/U lemah 2) Mengalami penurunan kesadaran apatis GCS 4-3-6 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas 4) <i>Reflek Fisiologis:</i> <i>Trisep</i> (+) (+) <i>Bisep</i> (+) (+) <i>Patella</i> (+) (+) <i>Reflek Patologis:</i> <i>Babinski</i> (+) (-) <i>Chaddock</i> (+) (-) 6) Kekuatan otot meningkat Dextra Sinistra $\frac{4}{4} \mid \frac{5}{5}$ 7) Rentang gerak (ROM) mengalami peningkatan A : Masalah teratasi sebagian 1) Mempertahankan keutuhan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur, footdrop 4) Mempertahankan integritas kulit 5) Kebutuhan ADL terpenuhi P : Lanjutkan intervensi 1) Kaji kemampuan motorik 2) Ajarkan klien untuk melakukan ROM 3x sehari bila mungkin 3) Bantu klien dan menganjurkan

					termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi				keluarga untuk mengubah posisi klien (miring kanan miring kiri) setiap 2 jam sekali
					5) Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak				
					6) Lakukan massage pada daerah tertekan				
3.	Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan disartria	S :	16.20	1)	Keluarga klien mengatakan klien masih sulit bicara dan hanya menggumam saat ditanya	16.25	1)	Mengkaji kemampuan komunikasi klien : klien kesulitan bicara tetapi dapat memahami apa yang dibicarakan dan hanya menggumam	S :
		O :	16.30	2)	Keadaan umum lemah	16.40	2)	Mempertahankan kontak mata saat berbicara dengan klien dan berbicara pelan dengan intonasi normal	O :
			16.55	3)	Kesadaran apatis GCS 4-2-6		3)	Menciptakan lingkungan penerimaan dan privasi	A : Masalah teratasi sebagian
				4)	Klien sulit berbicara (disartria)		4)	Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara : melatih klien untuk latihan vokal AIUEO	1) Mampu menggunakan metode komunikasi verbal dan non verbal (dengan mengangguk dan menggelengkan kepala, berkata Ya)
					Klien tidak mampu berbicara		5)	Memberikan respon terhadap perilaku non verbal kepada klien dengan memberikan tepuk tangan dan acungan jempol saat klien berusaha menirukan apa yang diajarkan	3) Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain
		A : Masalah belum teratasi							P : Lanjutkan intervensi
		P : Lanjutkan intervensi							1) Kaji kembali kemampuan komunikasi klien
									2) Pertahankan kontak mata dengan klien saat berkomunikasi
									4) Ajarkan klien kata-kata sederhana secara bertahap

		Implementasi Keperawatan		10 Maret 2025	Evaluasi jam 21.00 WIB
1.	Gangguan Perfusi Jaringan Cerebral berhubungan dengan Defisit neurologis	14.30	2)	Memonitor tanda-tanda peningkatan TIK : Klien memberikan respon non verbal menganggukan kepala saat ditanya pusing sudah hilang apa belum	S : 1) Klien memberikan respon non verbal menganggukan kepala saat ditanya pusing sudah hilang apa belum O : 1) Keadaan umum cukup 2) Kesadaran apatis GCS 4-3-6 3) Pusing hilang 4) CRT <3 detik 5) Akral teraba hangat 6) Turgor kulit kembali <3 detik 7) TTV TD : 130/80 mmHg N : 70x/menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SPO2 : 98% A : Masalah teratasi sebagian 1) Klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran 3) Peningkatan TIK tidak ada 4) Gangguan lebih lanjut tidak ada P : Hentikan intervensi klien pulang
			3)	Memonitor tingkat kesadaran klien: kesadaran apatis GCS 4-3-6	
		14.35	7)	Mengukur TTV : TD : 140/85 mmHg N : 75x/menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 98% CRT <3 detik Turgot kulit Kembali < 3 detik	
		16.00	9)	Mempertahankan klien untuk bedrest, memberikan lingkungan tenang, membatasi pengunjung, mengatur waktu istirahat klien	
		16.10	10)	Mempertahankan kepala 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk	
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	17.00	17)	Memberikan terapi obat injeksi IV : Citicolin 2x250 mg	S : 1) Keluarga klien mengatakan klien bisa mengangkat tangan dan kaki kanan dengan tahanan agak lama O : 1) K/U lemah 2) Mengalami penurunan kesadaran apatis GCS 4-3-6 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas
		19.30	7)	Mengukur ulang TTV : TD : 130/80 mmHg N : 70x/menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SPO2 : 98% CRT <3 detik Turgot kulit kembali < 3 detik	
		14.40	1)	Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot. Kekuatan otot : Dextra Sinistra 4 5 4 5	

	14.50	2)	Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada <i>ekstremitas</i> kanan yang mengalami kelemahan, seperti menekuk tangan dan kaki, menggenggam dan melebarkan jari-jari tangan dan kaki	4)	<i>Reflek Fisiologis:</i> <i>Trisep</i> (+) (+) <i>Bisep</i> (+) (+) <i>Patella</i> (+) (+) <i>Reflek Patologis:</i> <i>Babinski</i> (+) (-) <i>Chaddock</i> (+) (-)				
	15.00	3)	Membantu klien dan menganjurkan keluarga untuk mengubah posisi klien (miring kanan miring kiri) setiap 2 jam sekali	5)	Kekuatan otot meningkat Dextra Sinistra <table><tr><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>5</td></tr></table> Bisa mengangkat tetapi jika dikasih dorongan tangan dan kakinya bisa menahan hanya sedikit dorongan	4	5	4	5
4	5								
4	5								
				6)	Rentang gerak (ROM) mengalami peningkatan				
				A :	Masalah teratasi sebagian				
				1)	Mempertahankan keutuhan tubuh secara tidak ada kontraktur, footdrop				
				4)	Mempertahankan integritas kulit				
				5)	Kebutuhan ADL terpenuhi				
				P :	Intervensi dihentikan klien pulang				

3.	Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Disartria	16.20	1)	Mengkaji kembali kemampuan komunikasi klien : klien bisa mengatakan Ya	S :
		16.25	2)	Mempertahankan kontak mata saat berbicara dengan klien	O :
			4)	Melatih klien untuk latihan kata-kata sederhana	1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran apatis GCS 4-3-6 3) Klien sulit berbicara (disartria) 4) Bicara klien mulai ada peningkatan
				A :	Masalah teratasi sebagian
				1)	Mampu menggunakan metode komunikasi verbal dan verbal hanya mengumam dan mengatakan Ya
				3)	Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain
				P :	Intervensi dihentikan klien pulang

4.1.8 Hasil Analisa Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4.15 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Teori	Analisa	
	Fakta	Kesenjangan
Pengkajian		
1. Identitas klien Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register, diagnosa medis (Tarwoto, 2015)	Berdasarkan hasil penelitian klien CVA Infark pada Ny. P dengan usia 74 tahun, jenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir SD, bertempat tinggal di Dongko, Trenggalek. Pekerjaan Ibu Rumah Tangga, beragama Islam, berasal dari suku Jawa, tanggal MRS 07 Maret 2025 tanggal pengkajian 08 Maret 2025 dan diagnosa medis CVA Infark.	Terdapat kesesuaian
2. Keluhan Utama CVA mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual muntah, kelemahan reflek, afasia (gangguan komunikasi), difasia (memahami kata), kesemutan, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar.(Tarwoto, 2015)	Saat MRS : Keluarga klien mengatakan kepala klien sempat pusing Saat Pengkajian : Klien memberikan respon non verbal mengangguk saat ditanya kepala masih pusing atau tidak	Terdapat kesesuaian
3. Riwayat Penyakit Sekarang Serangan CVA didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh klien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lain (Muttaqin, 2019)	Keluarga klien mengatakan pada tanggal 07 Maret 2025 Jam 04.30 WIB setelah sholat subuh badan klien lemas. Lalu beberapa jam kemudian klien merasa tangan dan kaki sebelah kanan menjadi lemas saat digerakkan dan bicara cedal. Lalu pukul 10.00 WIB klien dibawa ke IGD RS dongko oleh anaknya. Setelah diobservasi klien langsung dirujuk ke RSUD dr. Soedomo trenggalek dan tiba di IGD jam 15.00 WIB. Saat dilakukan pengkajian di IGD keluarga klien mengatakan klien kesulitan bicara, pusing, dan mengalami kelemahan tangan dan kaki kanan. Pada jam 17. 00 WIB klien dipindah ruang ke ruang Unit Stroke. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 08 Maret 2025 Jam 08.00 WIB keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien lemah saat digerakkan, sulit bicara, saat ditanya klien hanya menjawab dengan isyarat menganggukkan kepala jika iya dan menggelengkan kepala jika tidak. Klien mengalami	Terdapat kesesuaian

	penurunan kesadaran (apatis) GCS 4-2-6	
4. Riwayat Penyakit Dahulu Adanya riwayat hipertensi, riwayat CVA sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan , aspirin, vasodilator, obat- obat adiktif, dan kegemukan (Muttaqin, 2019)	Keluarga klien mengatakan klien mempunyai Riwayat hipertensi kurang lebih 7 tahun yang lalu. Keluarga klien mengatakan jika kepala klien terasa pusing hanya periksa ke dokter dan mengkonsumsi obat amlodipin 10mg.	Terdapat kesesuaian
5. Riwayat Penyakit Keluarga Adanya riwayat hipertensi pada keluarga, riwayat terjadinya stroke, komposisi keluarga dan apakah ada anggota keluarga yang lain mengidap penyakit menular (Doengoes, 2018)	Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit stroke seperti klien	Terdapat kesesuaian
6. Pola Nutrisi dan Cairan Nafsu makan menjadi menurun, mual muntah pada fase akut, kehilangan sensasi (rasa kecap, cabai, garam, cuka) pada lidah, tenggorokan, pipi, disfagia ditandai dengan klien kesulitan dalam menelan ludah, makanan maupun minuman (Doengoes, 2018).	Di rumah : Keluarga klien mengatakan makan 1x pada pagi, dengan jenis makanan nasi,, lauk dan sayur santan. Porsi makan dihabiskan. Keluarga klien mengatakan minum air putih ± 500 ml (1 gelas belimbing). Di RS : Keluarga klien mengatakan selama dirumah sakit klien makan 1x pada pagi hari. Makanan yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi, sayur, dan lauk. Keluarga klien mengatakan makan seporsi habis,. Keluarga klien mengatakan selama di rumah sakit minum air putih ± 500 ml (1 gelas belimbing).	Terdapat kesenjangan
7. Pola Eliminasi Pengkajian eliminasi pada klien CVA (<i>Cerebro Vascular Accident</i>) difokuskan pada pengkajian eliminasi urine dan eleminasi alvi. Pada eliminasi alvi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan	Di rumah : BAB : Keluarga klien mengatakan saat dirumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning. BAK : Keluarga klien mengatakan BAK 4-5x sehari dengan warna BAK kekuningan dengan bau khas urine Di RS	Terdapat kesesuaian

peristaltik usus. Sedangkan pada eliminasi urine terjadi infeksi perkemihan, retensi urine, batu ginjal Doengoes, 2018).	Keluarga klien mengatakan selama di rumah sakit belum BAB. Keluarga klien mengatakan selama dirumah sakit klien BAK menggunakan diapers dengan warna kekuningan dan bau khas urine.	
8. Pola Istirahat Tidur Pada pola ini dilakukan pengkajian yang meliputi pola tidur, kebiasaan sebelum tidur dan masalah dalam tidur seperti terdapat nyeri, sering terbangun karena mimpi buruk, sulit tidur, tidak merasa segar setelah bangun Doengoes, 2018).	Di rumah : Keluarga klien mengatakan saat dirumah klien tidur malam pukul 21. 00 WIB dan bangun pukul 04.30 WIB. Keluarga klien mengatakan sering tidur siang mulai jam 11.00 WIB sampai jam 12.30 WIB. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien tidur malam jam 21.00 WIB. Bangun pagi jam 04.00 WIB. Tidur siang jam 11.00 WIB. Biasanya klien tidur lagi setelah diberikan terapi obat-obatan lewat selang infus	Terdapat kesesuaian
9. Pola kognitif dan sensori persepsi Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan/ kekaburan pandangan, perabaan/ sentuhan menurun pada muka dan ekstremitas yang sakit. Pada pola kognitif yang biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Doengoes & Marilyn, 2018)	Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, tidak terjadi gangguan memori dan berpikir, klien masih bisa merasakan rangsangan nyeri, klien mengalami penurunan kesadaran apatis GCS 4-2-6	Terdapat kesenjangan
10. Pola Peran Hubungan atau Interaksi Sosial Pola hubungan dan peran adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Doengoes & Marilyn, 2018)	Keluarga mengatakan jika dirumah klien baik dengan tetangga dan keluarganya dan saat dirumah sakit klien mengalami kesulitan berbicara .	Terdapat kesesuaian
11. Pola Keyakinan dan Nilai Pola keyakinan dan nilai meliputi keyakinan dan persepsi klien terhadap penyakit dan kesembuhannya dihubungkan dengan agama yang klien anut. Bagaimana	Klien beragama Islam, sebelum sakit klien melakukan kewajiban kewajibannya. Klien tertib sholat 5 waktu.	Terdapat kesesuaian

aktifitas spiritual klien selama klien menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya (Rohmah, 2009)		
12. Keadaan Umum Biasanya klien <i>CVA</i> mengalami badan lemah (<i>letarge</i>), nyeri kepala (<i>cheplgia</i>), penurunan kesadaran (apatis, samnolen, delirium, stupor/ semikoma, koma). Terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30 mmHg), peningkatan suhu (>37°C), nadi takikardi, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Tarwoto, 2015)	Keadaan umum lemah. Penurunan kesadaran (apatis) GCS 4-2-6, ekstremitas dextra lemah. Terpasang infus di tangan kanan, Kepala pusing, Kesulitan bicara. TD : 170/98 mmHg N : 65x/menit RR/SPO2 : 20x/menit / 98% S : 36.4°C	Terdapat kesesuaian
Pemeriksaan Fisik		
1. Kepala : Memperhatikan bentuk kepala normal, abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, meononjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai, kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, klien pernah mengalami trauma kepala, adanya hematoma atau riwayat operasi.	Inspeksi : Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut hitam sebagian beruban, wajah simetris. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala.	Terdapat kesesuaian
2. Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun)	Inspeksi : Simetris kanan kiri, pupil miosis mengecil terkena rangsang cahaya, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih. Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema	Terdapat kesenjangan

	Pemeriksaan visus : Pandangan tidak kabur	
3. Telinga : Pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/ berdesis pada telinga)	Inspeksi : Telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan	Terdapat kesenjangan
4. Hidung : Simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi klien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.	Tidak ada pernapasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret. Tidak ada perdarahan.	Terdapat kesenjangan
5. Mulut : Pada klien dengan kesadaran apatis, sopor, semi coma hingga coma akan mengalami masalah antara lain bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, disatria (bicara cadel atau pelo), afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.	Bibir tidak simetris. Tidak ada sianosis, keadaan mulut dan lidah tampak bersih, tidak ada gigi pasangan, mukosa bibir lembab, klien mengalami kesulitan berbicara (disartria).	Terdapat kesesuaian
6. Dada/ Thorax		
a) Pemeriksaan paru		
Inspeksi : amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung), frekuensi pernapasan, irama dan suara nafas. Kadang didapatkan suara nafas terdengar	Inspeksi : bentuk normal <i>chest</i> , pernapasan <i>reguler</i> , tidak ada <i>retraksi intercostral</i> . Palpasi : <i>Vocal Fremitus</i> (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri Perkusi : suara paru sonor Auskultasi : tidak terdengar suara nafas tambahan.	Terdapat kesenjangan

ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Doenges & Marilyn, 2015)

Palpasi : untuk menilai tactile fremitus
Perkusi : untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor

Auskultasi : auskultasi trakea suara yang didengar adalah bronchial, auskultasi bronkus suara yang didengar suara vesikuler. Pernafasan pada klien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan reflek batuk dan menelan (Doengos & Marilyn, 2015)

b) Pemeriksaan Jantung

Perkusi : pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak

Auskultasi : mengetahui suara jantung (S1) terdengar bunyi “lup”, suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi “dup” dan suara jantung ketiga (S3 dan S4). Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung

Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat

Palpasi : ictus cordis teraba di ICS 4 dan 5, frekuensi nadi 65x/menit

Perkusi : suara jantung pekak

Auskultasi : bunyi jantung lup dup

Terdapat kesesuaian

7. Abdomen : didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung

Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak adan benjolan, tidak ada *lesi*.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak terdapat massa

Terdapat kesejangan

sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas

Perkusi : terdengar suara *Thympani*
Auskultasi : bising usus terdegat 7x/menit

8. Genetalia : kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doengos & Marilyn, 2018)

Tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/ inkontinensia urine.

Terdapat kesenjangan

9. Ekstremitas : pada klien dengan stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiparase, mengalami kelemahan otot (Tarwoto, Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan edisi II, 2015)

Terpasang infus Pz 14 tpm ditangan kanan, akral teraba hangat, ekstremitas kanan lemah, kekuatan otot pada ekstremitas kanan menurun. Rentang gerak (ROM) klien menurun

Terdapat kesesuaian

Dextra	Sinistra
3	5
3	5

Nilai 5 : kekuatan otot penuh

Nilai 3: dapat mengangkat tetapi langsung jatuh.

Klien mengalami keterbatasan melakukan aktivitas

Saraf Kranial

- | | | |
|---|---|----------------------|
| 1. Saraf Kranial 1 Olfaktorius : biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman | Penciuman klien baik, klien mampu mencium bau makanan dan bau minyak kayu putih. | Terdapat kesesuaian |
| 2. Saraf Kranial 2 Optikus : kelainan pada nervus optikus menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang | Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata | Terdapat kesenjangan |
| 3. Nervus 3 Okulomotorius : kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke fase 3, atas dan lateral, kebawah dan keluar | Pupil <i>miosis</i> (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya), klien dapat menggerakkan bola mata ke atas bawah, samping. | Terdapat kesenjangan |
| 4. Nervus 4 Troklearis : kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial | Klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan kebawah | Terdapat kesenjangan |
| 5. Nervus 5 Trigemini : untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigemini yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigemini | Refleks berkedip klien positif, klien tidak merasakan nyeri pada daerah wajah | Terdapat kesenjangan |
| 6. Nervus 6 Abduksen: Kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika klien melihat lurus ke atas, mata yang sakit tereduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, etika klien melihat ke arah nasal, mata | Klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri | Terdapat kesenjangan |
-

yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior.

7. **Nervus 7 Fasialis** : Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis).
8. **Nervus 8 vestibulokoklearis** : Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).
9. **Nervus 9 Glosfaringikus** : Gangguan pada refleks ini mengakibatkan klien sulit bicara (disartria/afasia)
10. **Nervus 10 vagus** : Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko terjadinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian . Gangguan nervus 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru.
11. **Nervus 11 Asesorius**: Gangguan pada nervus asesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapezius)

Klien mampu mengerutkan dahi, klien mampu merasakan asin dan manis, klien tidak mengalami gangguan pendengaran.

Terdapat kesenjangan

Fungsi pendengaran klien baik

Terdapat kesenjangan

Klien mengalami kesulitan bicara (disartria)

Terdapat kesesuaian

Klien masih mampu membedakan rasa makanan. Klien saat makan tidak mengalami kesulitan menelan makanan

Terdapat Kesenjangan

Klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan dan kiri

Terdapat kesenjangan

dan otot leher (otot sterokleidomastoideus). Klien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot trapeziuz dan otot sterokleidomastoideus terganggu.

12. Nervus 12 Hipoglosus: Kerusakan nervus hipoglosus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartria) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglosus klien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat

klien mampu mengunyah makanan, mampu menelan, mampu menjulurkan lidah tetapi tidak sampai keluar mulut, klien mengalami kesulitan bicara (disartria).

Terdapat kesenjangan

Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan perfusi jaringan cerebral
2. Gangguan mobilitas fisik
3. Gangguan komunikasi verbal
4. Gangguan persepsi sensori
5. Gangguan kebutuhan nutrisi
6. Defisit perawatan diri
7. Gangguan eliminasi urine

1. Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria

Terdapat kesenjangan

Intervensi Menurut teori SIKI, (2018) pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral ada 10 intervensi , pada diagnosa Gangguan Komunikasi verbal ada 7 dan pada diagnosa Gangguan Mobilitas fisik ada 8.	Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis 1. Bina hubungan saling percaya 2. Kaji status neurologis setiap jam 3. Kaji tingkat kesadaran dan GCS 4. Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata 5. Kaji reflek kornea dan gag 6. Evaluasi keadaan motoric dan sensori klien 7. Monitor tanda-tanda vital 8. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur 9. Pertahankan klien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas 10. Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk/ fleksi 11. Anjurkan klien untuk tidak menekuk lututnya, batuk, bersin, feses yang keras atau mengejan 12. Pertahankan suhu normal 13. Monitor kejang dan berikan obat anti kejang 14. Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas klien semenimal mungkin 15. Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik 16. Monitor AGD, PaCO₂ antara 35-45 mmHg dan PaO₂>80mmHg 17. Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping 18. Bantu klien untuk pemeriksaan diagnostik Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot 1. Kaji kemampuan motorik 2. Ajarkan klien untuk melakukan <i>ROM</i> minimal 3x perhari bila mungkin	Terdapat kesesuaian
--	--	---------------------

	3. Bila klien di tempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh 4. Observasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi 5. Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak 6. Lakukan massage pada daerah tertekan 7. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi 8. Kolaborasi stimulus elektrik 9. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur antidekubitus Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria 1. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara. 2. Pertahankan kontak mata dengan klien saat berkomunikasi 3. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi 4. Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh 5. Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara 6. Berikan respon terhadap perilaku non verbal 7. Konsul dengan terapis wicara	
Implementasi Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan menilai data yang baru (Purba, 2020).	Implementasi yang dilakukan pada saat penelitian mengacu pada intervensi yang telah disusun.	Implementasi yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah ditetapkan. Pada saat penelitian tidak semua intervensi dapat dilakukan tindakan kepada klien.
Evaluasi Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan	S : 1. Klien memberikan respon non verbal mengangguk saat ditanya kepala masih pusing atau tidak	Terdapat kesesuaian

kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Fatikhah, 2019). Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahapn proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP

P : Klien merasa masih pusing (klien memberikan respon non verbal mengangguk saat ditanya kepala pusing atau tidak).

Q : Pusing seperti cunut-cunut (klien memberikan respon non verbal mengangguk saat ditanya kepala pusing cunut-cunut).

R : Pada kepala bagian depan sampai belakang

S : Pusing terasa berat (klien memberikan respon non verbal mengangguk saat ditanya kepala pusing berat).

T : Pusing sewaktu-waktu (klien memberikan respon non verbal mengangguk saat ditanya kepala pusing sewaktu-waktu).

O :

1. Keadaan umum lemah
2. Kesadaran apatis GCS 4-2-6
3. Pusing berat
4. CRT < 3 detik
5. Akral teraba hangat
6. Turgor kulit < 3 detik
7. TTV:

TD : 160/85 mmHg

N : 65x/ menit

S : 36,3°C

RR : 20x/ menit

SPO2 : 98%

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan Intervensi

2. Monitor tanda tanda peningkatan TIK
3. Kaji tingkat kesadaran dan GCS
- 18) Mengukur tanda-tanda vital
17. Pertahankan klien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas

-
18. Pertahankan kepala klien 304 derajat dengan posisi leher tidak menekuk
 19. Menganjurkan klien untuk tidak batuk yang berlebihan, bersin, tidak mengejan saat BAB
 20. Pertahankan suhu normal
 21. Berikan obat sesuai program

Diagnosa 2

S :

- 2) Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan masih lemah saat digerakkan

O :

1. K/U lemah
2. Mengalami penurunan kesadaran apatis GCS 4-2-6
3. Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas

4. *Reflek Fisiologis:*

Trisep (+) (+)

Bisep (+) (+)

Patella (+) (+)

Reflek Patologis:

Babinski (+) (-)

Chaddock (+) (-)

5. Kekuatan otot menurun

Dextra Sinistra

3	5
3	5

6. Rentang gerak (ROM) menurun

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi

-
1. Kaji kemampuan motorik
 2. Ajarkan klien untuk melakukan ROM 3x perhari bila kondisi klien memungkinkan
 3. Anjurkan keluarga untuk mengubah posisi (miring kanan miring kiri) tiap 2 jam sekali
 4. Oobservasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi
 5. Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak
 6. Lakukan massage pada daerah tertekan

Diagnosa 3

S :

1. Keluarga klien mengatakan klien masih sulit bicara dan hanya menggumam saat ditanya

O :

1. Keadaan umum lemah
2. Kesadaran apatis GCS 4-2-6
3. Klien sulit berbicara (disartria)
4. Klien tidak mampu berbicara

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi

1. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara
 2. Pertahankan kontak mata dengan klien saat berkomunikasi
 3. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi
 4. Ajarkan klien untuk memperbaiki bicara dengan kata-kata yang sederhana
 5. Berikan respon terhadap perilaku non verbal kepada klien dengan memberikan tepuk tangan dan acungan jempol saat klien berusaha menirukan apa yang diajarkan
-

4.2. PEMBAHASAN

4.2.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pola nutrisi dan cairan, pola kognitif dan sensori persepsi, pemeriksaan fisik meliputi (mata, telinga, hidung, auskultasi paru, abdomen, genetalia), pada syaraf kranial meliputi (*optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduksen, fasialis, vestibulokoklearis, vagus, aksesorius, hipoglossus*), dan diagnosa keperawatan.

1) Pola Nutrisi dan Cairan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Keluarga klien mengatakan, selama di rumah sakit klien makan 1 kali pada pagi hari dan makanan yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi, lauk, dan sayur. Keluarga klien mengatakan klien menghabiskan makanan yang diberikan.

Menurut teori pada penderita CVA Nafsu makan menjadi menurun, mual muntah pada fase akut, kehilangan sensasi (rasa kecap, cabai, garam, cuka) pada lidah, tenggorokan, pipi, disfagia ditandai dengan klien kesulitan dalam menelan ludah, makanan maupun minuman (Doengoes, 2018).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien bisa menelan makanan yang diberikan dan klien tidak mengalami kesulitan menelan karena klien tidak mengalami masalah pada nervus 10 (*vagus*), klien tidak mual muntah, nafsu makan baik karena klien tidak dalam fase akut.

2) Pola Kognitif dan Sensori Persepsi

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, dapat melihat dan tidak rabun, tidak terjadi gangguan memori dan berpikir, klien masih bisa merasakan rangsangan nyeri, klien mengalami penurunan kesadaran apatis GCS 4-2-6.

Menurut Teori Doenges & Marilynn, (2018) Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan/kekaburan pandangan, perabaan/sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir.

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami masalah pada nervus 2 (optikus) sehingga klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien juga tidak mengalami penurunan daya ingat karena klien diberikan terapi citicolin yang salah satu kegunaannya untuk mencegah gangguan memori akibat CVA.

3) Pemeriksaan Fisik

a) Mata

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan simetris kanan kiri, pupil miosis saat terkena rangsang cahaya, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih. Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema. Pandangan tidak kabur.

Menurut teori umumnya pada klien CVA ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun) (Muttaqin,2019).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak rabun, masih bisa melihat. Klien tidak mengalami gangguan pada bagian mata dikarenakan pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 2 optikus (penglihatan).

b) Telinga

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan pendengaran klien baik, tidak ada lesi, tidak ada nyeri, tidak terdapat benjolan.

Menurut teori umumnya pada klien CVA pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/ berdesis pada telinga) (Muttaqin, 2019).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien bisa mendengarkan. Klien tidak mengalami gangguan pada bagian telinga dikarenakan pada klien tidak terjadi masalah pada pendengaran, sehingga klien tidak mengalami gangguan pada bagian telinga.

c) Hidung

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada secret, tidak ada perdarahan.

Menurut Teori Muttaqin, (2019) umumnya pada klien stroke ada pernafasan cuping hidung pada kondisi klien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa tidak mengalami pernafasan cuping hidung, dapat membau, namun klien mengalami penurunan

kesadaran (kesadaran apatis), klien tidak mengalami gangguan pada sistem pernafasan.

d) Paru-paru

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Auskultasi : suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing. Auskultasi trakea suara yang didengar adalah bronchial, auskultasi bronkus suara yang didengar suara vesikuler.

Pernafasan pada klien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan reflek batuk dan menelan (Doengos & Marilyn, 2018)

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami masalah pada paru-paru ditandai dengan suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing.

e) Abdomen

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bentuk abdomen datar, tidak terdapat luka, tidak ada bayangan pembuluh darah, tidak ada keluhan mual, bising usus 7 x/menit, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak terdapat massa, tympani.

Menurut teori Doenges & Marilyn, (2018) didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan

peristaltic usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami masalah pada abdomen yaitu pada klien tidak mengalami keluhan mual dikarenakan tidak ada peningkatan asam lambung pada klien, sehingga tidak terjadi masalah pada bagian abdomen klien.

f) Genetalia

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Tidak ada kelainan, tidak ada luka, Tidak terpasang kateter, klien menggunakan diapers, tidak ada masalah buang air kecil/ inkontinensia urine.

Menurut Teori ditemukan adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doenges & Marilynn, 2018).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami kesulitan dalam buang air kecil dan tidak ada inkontinensia urine, sehingga tidak ada masalah pada genetalia.

4) Pemeriksaan Neurologis

Berdasarkan CT- Scan tanggal 07 Maret 2025, didapatkan hasil :

Hasil CT Scan

Ksimpulan :

Thrombo-embolic cerebral infarction :

a) *Sub acute di lobus temporo-parietalis anterior* kiri

b) *Chronic to encephalomalacia di cerebellum* kiri

c) *Sub-acute chronic ischemic cerebral di SSO et corona radiata et capsula externa* kanan, basal *ganglia et thalamus* kiri dan *pons*

d) *Hidrocephalus*

e) *Atherosklerosis MCA bilateral*

Keterangan :

dari hasil ct-scan yaitu pada lobus temporo-parietalis anterior kiri mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis terutama yang terkait dengan fungsi berbahasa yaitu pada nervus IX (glossofaringeus).

Sedangkan pada klien hanya mengalami keterbatasan dalam pengendalian gerak tubuh sebelah kanan dan kesulitan berbicara (disartria). Sehingga muncul kesenjangan pada syaraf cranial meliputi (*optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduksen, fasialis, vestibulokoklearis, vagus, aksesorius, hipoglossus*).

(2) *Optikus*

Berdasarkan data penelitian didapatkan klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata, klien dapat melihat tulisan pada jam dinding.

Menurut teori Muttaqin, (2019) kelainan pada nervus *optikus* dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang.

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 2 *optikus* (penglihatan), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu pada lobus temporo-parietalis anterior kiri

mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis terutama yang terkait dengan fungsi berbahasa yaitu pada nervus IX (*glasofaringeus*) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus *optikus* pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(3) *Okulomotorius*

Berdasarkan data penelitian didapatkan pupil miosis (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya).

Menurut teori Muttaqin, (2019) kelainan berupa paralisis nervus *okulomotorius* menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar.

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus III *okulomotorius* (penglihatan), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu pada lobus temporo-parietalis anterior kiri mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis terutama yang terkait dengan fungsi berbahasa yaitu pada nervus IX (*glasofaringeus*) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus *okulomotorius* pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(4) *Toklearis*

Berdasarkan data penelitian didapatkan klien mampu menggerakkan bola mata kearah atas dan bawah.

Menurut Teori Muttaqin, (2019) kelainan berupa paralisis

nervus *toklearis* menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus IV *toklearis* (penglihatan), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu pada lobus temporo-parietalis anterior kiri mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis terutama yang terkait dengan fungsi berbahasa yaitu pada nervus IX (*glasofaringeus*) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus *toklearis* pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(5) *Trigeminus*

Berdasarkan data penelitian didapatkan refleks berkedip klien positif.

Menurut teori Muttaqin, (2019) untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus *trigeminus* yang paling nyata adalah neuralgia trigeinal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus *trigeminus*.

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus V *trigeminus* (penglihatan), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu pada lobus temporo-parietalis anterior kiri mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis terutama

yang terkait dengan fungsi berbahasa yaitu pada nervus IX (*glasofaringeus*) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus *trigeminus* pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(6) *Abdusen*

Berdasarkan data penelitian didapatkan klien mampu menggerakkan bola mata ke samping kanan dan kiri.

Menurut teori Muttaqin, (2019) kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika klien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, etika klien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannyaotot oblikus inferior.

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus VI *abduksen* (penglihatan), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu pada lobus temporo-parietalis anterior kiri mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis terutama yang terkait dengan fungsi berbahasa yaitu pada nervus IX (*glasovaringeus*) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus *abduksen* pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(7) *Fasialis*

Berdasarkan data pengkajian didapatkan klien mampu mengerutkan dahi, klien mampu merasakan asin dan manis, klien tidak mengalami gangguan pendengaran.

Secara teori gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis) (Muttaqin, 2019).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus VII *fasialis* (wajah), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu pada lobus temporo-parietalis anterior kiri mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis terutama yang terkait dengan fungsi berbahasa yaitu pada nervus IX (*glasofaringeus*) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus *fasiais* pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(8) *Vestibulokoklearis*

Berdasarkan data penelitian didapatkan fungsi pendengaran klien baik.

Menurut teori Muttaqin (2019), kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori

dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus VIII *vestibulokoklearis* (pendengaran), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu pada lobus temporo-parietalis anterior kiri mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis terutama yang terkait dengan fungsi berbahasa yaitu pada nervus IX (*glasofaringeus*) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus *vestibulokoklearis* pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(10) *Vagus*

Berdasarkan data penelitian didapatkan klien tidak mengalami kesulitan menelan saat makan dan minum.

Menurut teori Muttaqin, (2019) gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian .Gangguan nervus 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh.

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus X *vagus* (menelan), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu pada lobus temporo-parietalis anterior kiri mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis terutama yang terkait dengan fungsi berbahasa yaitu pada nervus IX (*glasofaringeus*) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan

dengan nervus *vagus* pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(11) *Aksesorius*

Berdasarkan data penelitian didapatkan klien masih mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan dan kiri.

Menurut teori Muttaqin, (2019) Gangguan pada nervus aksesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapezius) dan otot leher (otot sternokleidomastoideus). Klien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus aksesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot trapezius dan otot sternokleidomastoideus terganggu.

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus XI *aksesorius* (menggerakkan kepala dan bahu), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu pada lobus temporo-parietalis anterior kiri mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis terutama yang terkait dengan fungsi berbahasa yaitu pada nervus IX (*glossofaringeus*) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus *aksesorius* pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(12) *Hipoglossus*

Berdasarkan data penelitian didapatkan klien masih

mampu menjulurkan lidah tetapi tidak sampai keluar, tidak terdapat gangguan menelan.

Menurut teori Muttaqin, (2019) Kerusakan nervus hipoglossus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglossus klien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan membelok ke arah sisi yang sakit saat di julurkan. Saat istirahat lidah membelok ke sisi yang sehat di dalam mulut.

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus XII *hipoglossus* (menjulurkan lidah), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu pada lobus temporo-parietalis anterior kiri mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis terutama yang terkait dengan fungsi berbahasa yaitu pada nervus IX (*glasofaringeus*) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus *hipoglossus* pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa tidak semua tanda dan gejala yang ada diteori muncul pada klien CVA Infark, akan tetapi peneliti dapat merumuskan 3 diagnosa yang sesuai dengan keluhan yang dialami oleh klien yaitu Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, dan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria.

Menurut SDKI (2017), diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan CVA yaitu sebanyak 7 diagnosa keperawatan, yaitu resiko Gangguan perfusi jaringan cerebral, gangguan mobilitas fisik, deficit perawatan diri, gangguan kebutuhan nutrisi, resiko gangguan komunikasi verbal, gangguan persepsi sensori dan gangguan eliminasi urine.

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat terdapat kesenjangan antara fakta dan teori dimana diagnosa yang muncul pada klien hanya 3 diagnosa yaitu Gangguan perfusi jaringan cerebral, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan komunikasi verbal. Sedangkan secara teori klien dengan CVA *infark* diagnosa yang muncul ada 7. Menurut penulis, pada diagnosa Defisit Perawatan Diri tidak muncul dikarenakan klien hanya mengalami hemiparesis, sehingga klien masih mampu memenuhi ADL nya meskipun di bantu oleh keluarga, lalu pada diagnosa Gangguan kebutuhan Nutrisi tidak muncul karena tidak ditemukan adanya disfagia ataupun anoreksia pada klien, sehingga intake nutrisi masih terpenuhi. Pada diagnosa Perubahan persepsi sensori tidak muncul karena tidak ada gangguan pada persepsi dan fungsi sensorik klien, yakni klien masih bisa merasakan sentuhan/rangsangan dan

juga tidak ada gangguan pada sistem penglihatan. Pada diagnosa Gangguan eliminasi urine juga tidak muncul karena klien tidak ada masalah pada sistem perkemihan dan juga saluran pencernaannya. Penulis berpendapat bahwa diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul pada data aktual klien itu sendiri sehingga diagnosa yang muncul hanya 3 diagnosa yang dapat dirumuskan.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada klien *CVA infark* disusun berdasarkan teori yang telah ada, yaitu diambil dari (SIKI, 2018) dan disesuaikan dengan SOP (Standart Operasional Prosedur) yang ada di lokasi pengambilan data. Berdasarkan diagnosa yang sudah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien, pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral intervensi yang direncanakan Kaji status neurologic setiap jam, Kaji tingkat kesadaran dan GCS, Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata, Kaji reflek kornea dan gag, Evaluasi keadaan motoric dan sensori klien, Monitor tanda vital , Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur, Pertahankan klien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas, Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk/fleksi, pertahankan suhu normal, Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas klien seminimal mungkin, Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping, Bantu klien untuk pemeriksaan diagnostic. Pada diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal intervensi yang direncanakan Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara, Pertahankan kontak mata dengan klien saat berkomunikasi, Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi, Gunakan kata-kata sederhana secara

bertahap dan dengan bahasa tubuh, Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara, Berikan respon terhadap perilaku non verbal, Konsul dengan terapis wicara. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik intervensi yang direncanakan Kaji kemampuan motoric, Ajarkan klien untuk melakukan *ROM* minimal 3x perhari bila mungkin, Bila klien di tempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh, Observasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi, Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak, Lakukan massage pada daerah tertekan, Konsultasikan dengan ahli fisioterapi, Kolaborasi stimulasi elektrik, Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur anti dekubitus

Intervensi keperawatan pada klien CVA menurut teori (SIKI, 2018) pada diagnosa Resiko Gangguan perfusi jaringan cerebral sebanyak 17 intervensi, lalu pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik sebanyak 9 intervensi, dan pada diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal sebanyak 7 intervensi.

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat bahwa tidak ditemukan adanya kesenjangan teori dan fakta, intervensi yang digunakan sesuai dengan teori yang telah disusun yaitu teori menurut SIKI (2018).

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan menggunakan intervensi yang sudah disusun. Implementasi dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 08 Maret sampai 10 Maret 2025. Berdasarkan intervensi yang telah direncanakan, implementasi yang dapat dilakukan pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral sebanyak 9 yaitu membina hubungan saling percaya dengan klien dan juga keluarga, memonitor tanda tanda peningkatan TIK, memonitor tingkat kesadaran klien, mengobservasi TTV, mempertahankan klien untuk

tetap bedrest, mempertahankan kepala tempat tidur klien, mempertahankan suhu normal, dan memberikan terapi farmakologis. Pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik dari intervensi yang sudah dirumuskan, implementasi yang dapat dilakukan sebanyak 6 yaitu mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot, mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada ekstremitas yang mengalami kelemahan, membantu klien mengubah posisi sendi (miring kanan miring kiri) tiap 2 jam sekali, mengobservasi daerah yang tertekan, menginspeksi kulit terutama bagian tertekan dan memberi bantalan, dan melakukan massage pada daerah tertekan. Pada diagnosa Gangguan Komunikasi verbal dari intervensi yang telah dirumuskan, implementasi yang dapat dilakukan sebanyak 5 yaitu mengkaji kemampuan komunikasi klien, mempertahankan kontak mata saat berbicara dengan klien, menciptakan lingkungan penerimaan dan privasi, mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara, berikan respon terhadap perilaku non verbal, dan berbicara pelan dengan intonasi normal.

Menurut teori Walid, (2019) Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. sehingga implementasi yang dilakukan pada klien berdasarkan intervensi dari teori (SIKI, 2018).

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat bahwa ditemukan adanya kesenjangan teori dan fakta, dimana pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral intervensi yang dapat diimplementasikan terhadap klien sebanyak 9 sedangkan menurut teori terdapat 17 intervensi, lalu pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik intervensi yang dapat diimplementasikan pada klien sebanyak 6 sedangkan menurut teori terdapat 9 intervensi, dan pada diagnosa Gangguan

komunikasi verbal intervensi yang dapat implementasikan terhadap klien sebanyak 5 sedangkan menurut teori terdapat 7 intervensi. Menurut peneliti Intervensi sudah disusun berdasarkan teori, tetapi tidak semua intervensi yang muncul pada teori dapat dilakukan kepada klien, karena menyesuaikan kondisi actual pada klien dan menyesuaikan standar operasional yang berlaku pada lokasi pengambilan data.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP dan peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan selama 3 hari. Saat melakukan catatan perkembangan sampai hari ketiga pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, peningkatan TIK tidak ada dan gangguan lebih lanjut tidak ada. Pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria klien mampu mempertahankan kekuatan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur dan footdrop, klien dapat mendemonstrasikan teknik/perilaku melakukan aktivitas, mempertahankan integritas kulit dan kebutuhan ADL terpenuhi. Pada diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal masalah teratasi sebagian yakni klien Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal, Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain.

Berdasarkan teori Tarwoto, (2015) Kriteria hasil pada diagnosa Gangguan Perfusi jaringan cerebral tidak efektif berhubungan dengan deficit neurologis yaitu klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik, motoric, tanda-tanda vital stabil, peningkatan TIK tidak

ada, gangguan lebih lanjut tidak terjadi. Pada diagnosa Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis yaitu klien mampu mempertahankan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur, footdrop, mempertahankan kekuatan fungsi tubuh secara optimal, mendemonstrasikan teknik perilaku melakukan aktivitas, mempertahankan integritas kulit, kebutuhan ADL terpenuhi, dan pada diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan disartria yaitu klien mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal, terhindar dari tanda-tanda frustrasi, mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar, mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain.

Berdasarkan uraian tersebut menurut penulis terdapat adanya kesesuaian antara teori dan fakta, yaitu pada penyusunan evaluasi menggunakan SOAP untuk menilai hasil dari proses keperawatan, selama dilakukan tindakan keperawatan 3 hari kriteria hasil belum semua teratasi tetapi sudah menunjukkan adanya perkembangan pada klien yang lebih baik, menurut penulis hal tersebut terjadi karena pemulihan penyakit CVA membutuhkan waktu yang tidak singkat sehingga memerlukan perawatan yang intensif terlebih pada klien yang sudah mengalami kelemahan anggota tubuh. Dan untuk perawatan selanjutnya bisa dilakukan oleh keluarga di rumah seperti latihan gerak aktif dan pasif untuk pemulihan anggota gerak yang mengalami kelumpuhan.

BAB 5

KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisa Asuhan Keperawatan pada pasien dengan CVA Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek selama 3 hari yang telah dilakukan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Dari data pengkajian yang telah di dapatkan peneliti, di temukan bahwa tidak semua tanda gejala CVA ditemukan pada "Ny. P". Ada beberapa kesamaan dan juga kesenjangan antara teori dan fakta dari klien meliputi pola nutrisi dan cairan, pola kognitif dan sensori persepsi, pemeriksaan fisik (mata, telinga, hidung, auskultasi paru, abdomen, genetalia) dan pada syaraf kranial (*optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduksen, fasialis, vestibulokoklearis, vagus, aksesorius, hipoglossus*).

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Pada konsep teori CVA terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang muncul, akan tetapi pada saat melakukan penelitian, tidak semua diagnosa tersebut ditemukan.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penelitian ini ada 3 diagnosa, yaitu klien dengan gangguan perfusi serebral berhubungan dengan defisit neurologis, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, dan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Pada tahap perencanaan, intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori-teori dari kepustakaan dan referensi yang ada. Dari berbagai teori yang telah dituliskan, ternyata tidak semua dapat diaplikasikan pada klien. Intervensi yang akan dilakukan menyesuaikan dengan kebutuhan ataupun kondisi dari klien dan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ada di lahan penelitian.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun peneliti. Dalam pelaksanaannya, tidak semua rencana yang telah disusun dapat diimplementasikan karena menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien serta standar yang ada di lahan penelitian.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi, penulis menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan klien. Selama dilakukan evaluasi beberapa hari, kondisi “Ny. P” mulai ada perubahan, meskipun belum mencapai hasil yang maksimal karena keterbatasan waktu pelaksanaan implementasi dan waktu perawatan. Mengingat pemulihan penyakit CVA membutuhkan waktu yang tidak singkat, maka perlu perawatan yang intensif dan berkelanjutan

5.1.6. Hasil Analisa Kualitatif Asuhan Keperawatan

Ada beberapa kesamaan dan juga kesenjangan antara teori dan fakta dari klien. Terdapat 18 kesenjangan antara teori dan fakta dan 17 kesamaan antara teori dan fakta. Kesenjangan tersebut dapat terjadi karena setiap klien CVA tidak selalu mengeluhkan hal yang sama dengan teori yang ada.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Lahan Penelitian

Bagi institusi pelayanan kesehatan khususnya di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek diharapkan dapat melaksanakan tindakan mandiri perawat secara optimal dengan mengutamakan tindakan independen dan meningkatkan pendokumentasian secara jelas dan akurat. Selain memberikan asuhan keperawatan, seharusnya juga memberikan penyuluhan tentang perawatan pada klien CVA setelah dibolehkan pulang dari rumah sakit. Dengan demikian diharapkan mengurangi komplikasi yang mungkin terjadi dan juga mempercepat proses penyembuhan terutama pada klien yang mengalami kelemahan fungsi tubuh.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada klien yang mengalami CVA *infark*.

5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pembendaharaan kepustakaan dan pengetahuan bagi Pendidikan keperawatan dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan CVA *infark* dan diharapkan peneliti selanjutnya dilaksanakan secara maksimal agar hasil juga lebih baik.

5.2.4 Bagi Klien dan Keluarga

Dari hasil penelitian ini diharapkan klien dan keluarga mengikuti semua anjuran dari para medis agar dapat mempercepat proses penyembuhan. Dengan kontrol teratur sesuai jadwal, menghindari makanan

maupun minuman yang dilarang. Pada klien yang telah mengalami kelemahan bisa melakukan terapi di rumah dengan cara melaksanakan gerakan aktif dan pasif dan sering kontrol ke puskesmas terdekat ataupun kerumah sakit, untuk masalah gangguan komunikasi bisa dilatih dirumah sesuai yang di ajarkan saat di rumah sakit. Jika terdapat serangan CVA kedua maka keluarga harus segera membawa klien ke RS agar tidak memperburuk keadaan.

5.2.5 Bagi peneliti

Dari hasil penelitian ini di harapkan di jadikan panduan dan bahan pengembangan dalam meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan personal dalam memberikan asuhan keperawatan pada CVA sehingga dilaksanakan secara maksimal agar hasilnya juga lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonime, (2022). *Gejala Stroke dan Pemeriksaan Penunjang*. Retrieved from Ciputra Hospital: <https://ciputrahospital.com/gejala-stroke-dan-pemeriksaan-penunjang> (Diakses pada hari kamis, 5 februari 2024 pukul 09.09 WIB)
- AHA. (2022). *Heart Disease and Stroke Statistics 2022 Update*. American. (Diakses pada hari Rabu, 4 februari 2024 pukul 10.00 WIB)
- Ali, M., Berbudi Bl, A., Robbani, F. Y., Hanafi, I., Anugrah, M. R., Ansari, N. V., & Wijaya, S. P. (2023). Peningkatan Kesadaran Masyarakat Terhadap Pentingnya Pencegahan Dini stroke. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Fisioterapi*, 02(01). (Diakses pada hari Rabu, 4 februari 2024 pukul 10.30 WIB)
- Ayu, G., Widiani, R., Made, I., & Yasa, M. (2023). *Jurnal Kesehatan | 25 Bina Generasi. Korelasi Tingkat Pengetahuan Terhadap Kemampuan Deteksi Dini Gejala stroke Dengan Sikap Keluarga Terhadap Penanganan Pre Hopsital*, 2. <https://ejurnal.biges.ac.id/index.php/kesehatan/> (Diakses pada hari Rabu, 4 februari 2024 pukul 11.00 WIB)
- Dewi, C., Amalia, R., & Safuni, N. (2024). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan stroke. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6.3, 1081–1092. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/jppp> (Diakses pada hari Rabu, 4 februari 2024 pukul 12.00 WIB)
- Direktorat Promosi kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, (2023). Kenali CVA dan Penyebabnya. Kemenkes. (<https://ayosehat.kemkes.go.id/kenali-stroke-dan-penyebabnya>) Diakses pada hari kamis, 8 Februari 2024 pukul 09.12 WIB)
- Ixora, Rahayu, dan Dewi. (2020). The Effect Of Music Therapy And Murottal Al-Quran Therapy On Increasing Muscle Strength And Decreasing Anxiety In CVA Patients Undergoing Passive Range Of Motion (Rom) Exercises. *Health Notions*, 6(01), 27–34. (Diakses Pada hari kamis, 8 Februari 2024 pukul 19.00 WIB)
- Kedokteran Unram, J., Ocktaviana Saputri, L., Syafii Harahap, H., Windri Rivarti, A., & Nurhidayati, N. (2023). Pencegahan stroke Pada Hipertensi Berdasarkan Mekanisme Patogenesis. *Jku*, 12(2). (Diakses Pada hari kamis, 8 Februari 2024 pukul 20.00 WIB)
- Mutiarasari, D. (2019). Ischemic stroke : symptoms,risk factors and prevention. *Medika Tadulako : Jurnal Ilmiah kedokteran Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan*, 60-73. (Diakses Pada hari Sabtu, 10 Februari 2024 pukul 08.00 WIB)
- Muttaqin. (2020). *Studi Literatur : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik*. 6. (Diakses Online Pada Jumat, 24 Desember 2024 Jam 10.00 WIB)

- Naralia, Handayani, & Maulina. (2023). Penerapan Range Of Motion (Rom) Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Lansia CVA (Cerebral Vascular Accident). *Jurnal Keperawatan Degeneratif*, 1(1), 69–78. . (Diakses Pada hari Sabtu, 10 Februari 2024 pukul 08.30 WIB)
- Nuraini. (2020). Pengetahuan Dan Tindakan Pencegahan Hipertensi Pada Komunitas Warga Peduli Kesehatan Olahraga Kota Makassar. Skripsi.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* (4 ed). Salemba Medika . (Diakses Pada hari Sabtu, 10 Februari 2025 pukul 08.00 WIB)
- Oktavianus. (2014). Asuhan Keperawatan pada Sistem Neurobehavior. Jakarta:Graha Ilmu.
- PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1 Jakarta Selatan: DPP PPNI
- PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Rencana Tindakan Keperawatan, Edisi1. Jakarta Selatan: DPP PPNI
- Register Rawat Inap, 2022; Nindy, 2024. Asuhan Keperawatan pada Klien dengan CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) di Ruang Unit Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek. KTI. Trenggalek: Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
- Register Rawat Inap, 2023; Pratitis, 2024. Asuhan Keperawatan pada Klien dengan CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) di Ruang Unit Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek. KTI. Trenggalek: Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
- Riskesdas, K. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretica* (Online). https://kesmas.kemkes.go.id/asset/upload/dir519d41d8cd98f00/files/Has_il-riskesdas-2018_1274.pdf (Diakses pada tanggal 5 Februari 2024 jam 20.00)
- Siringoringo, & Devi Natalia. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Stroke Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah. (Diakses pada tanggal 15 Februari 2024 jam 20.30)
- Suryowati, E. (2024). Prevalensi Stroke di Jatim di Atas Rata-rata Nasional, Rutin Cek Segitiga dan Olah Raga Lima Kali Seminggu Bisa Turunkan Risiko. Retrieved from Jawa Pos: <https://www.jawapos.com/kesehatan/015266950/prevalensi-stroke-di-jatim-di-atas-rata-rata-nasional-rutin-cek-segitiga-dan-olah-raga-lima-kali-seminggu-bisa-turunkan-risiko?>
- Tarmizi, S. N. (2024). Kemenkes: Tren Kasus Stroke Alami Peningkatan dan Jadi Penyebab Kematian Tertinggi. Retrieved from TEMPO.CO, JAKARTA: <https://www.tempo.co/politik/kemenkes-tren-kasus-stroke-alami-peningkatan-dan-jadi-penyebab-kematian-tertinggi-1161217>

- Tarwoto. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Sagung Seto.
- Tarwoto. (2020). *Asuhan Keperawatan Keluarga Penderita Post CVA Dengan Masalah Keperawatan Defisit Pengetahuan Tentang Perawatan Klien CVA*.
- Tarwoto, T. (2021). Pengaruh model Deteksi Dini Kartu Kendali Stroke Terhadap Kemampuan Klien Dalam Pengendalian Faktor resiko stroke. *Jurnal Health Sains*, 682-688. (Diakses Pada hari rabu, 28 Februari 2024 pukul 19.09)
- Tim Medis Siloam Hospitals. (2023). CVA (Cerebral Vascular Accident): Penyebab, Gejala, Dan Pencegahannya. Siloam Hospitals. (Diakses pada hari kamis, 8 februari 2024 pukul 08.00 WIB)
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia .
- Tunik. (2023). Kepatuhan Penderita CVA Yang Mengalami Imobilisasi Terhadap Caregiver Dan Tatalaksana CVA Di Rumah. *Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 2.2, 134–143. (Diakses pada tanggal 15 Februari 2024 jam 21.00 WIB)
- WHO (2021). *Heart Disease and Stroke Statistic 2021 Update*. American. (Diakses Pada hari kamis, 8 Februari 2024 pukul 09.16 WIB)
- Widya Buntar Eka. (2023). Studi Kasus: Penerapan Passive Range Of Motion (Rom) Untuk Meningkatkan Kekuatan Otot Pada Lansia Penderita Stroke. *Jurnal Keperawatan Degeneratif*, 01, 69–78. (Diakses pada tanggal 15 Februari 2024 jam 09.00 WIB)

Lampiran 1**LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONCENT)**

Setelah saya membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat dari mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi Diploma-3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek:

NAMA : DHEA APRILIA NURROHMAH

NIM : P17240223060

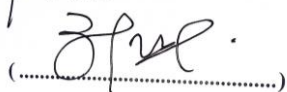
Semester : VI (enam)

Alamat : RT.032 RW.007 Dsn. Domerto Ds. Tawing Kec.
Munjungan Kab. Trenggalek

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan CVA
(*Cerebro Vascular Accident*) Di Ruang Unit Stroke
RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menandatangani surat persetujuan ini.

Trenggalek, 08 Maret 2025

PARMIATI
()

Ny. P

Lampiran 2

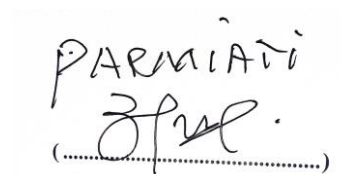
FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Nama saya Dhea Aprilia Nurrohmah. Saya adalah mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Program Studi D-3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek mengharap partisipasi klien sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek” dan juga mengharapkan tanggapan serta jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang klien rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas klien serta informasi yang klien berikan hanya akan dipergunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan di bawah ini menunjukkan bahwa klien atau keluarga telah diberikan informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Nama : Ny. P

Tanda Tangan :



Handwritten signature: PARMIA Ti
Date stamp: 08/03/25

Tanggal : 08 Maret 2025

*Lampiran 3***FORMAT****ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH****DISUSUN OLEH :****NAMA :****N I M :****KEMENTERIAN KESEHATAN RI****BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM****KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES****MALANG****JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D3****KEPERAWATAN KAMPUS KABUPATEN****TRENGGALEK****2025**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA
KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**



-Kampus Utama : Jl. Besar Ijen No. 77 C MALANG 65112 Telp. (0341) 556746
 -Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 JEMBER Telp. (0331) 486613
 -Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong LAWANG Telp. (0341) 427847
 -Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 56 BLITAR 66133 Telp. (0342) 801043
 -Kampus IV : Jl. KH. Wakhid Hasyim No. 64B KEDIRI Telp. (0354) 773095
 -Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 TRENGGALEK Telp. (0355) 791293
 -Kampus VI : Jl. Dr. Ciptomangunkusumo No. 82A PONOROGO Telp. (0352) 461792



Website : [Http://www.poltekkes-malang.ac.id](http://www.poltekkes-malang.ac.id) Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id

**FORMAT PENGKAJIAN
DATA – DATA KEPERAWATAN**

1. BIODATA :

- ☐ Nama :
- ☐ Jenis kelamin :
- ☐ Umur :
- ☐ Status perkawinan :
- ☐ Pekerjaan :
- ☐ Agama :
- ☐ Pendidikan terakhir :
- ☐ Alamat :
- ☐ Tanggal/Jam MRS :
- ☐ Tanggal/Jam pengkajian :

2. DIAGNOSA MEDIS :

3. KELUHAN UTAMA

4. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG (P Q R S T)

5. RIWAYAT KESEHATAN / PENYAKIT YANG LALU

6. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Genogram :

7. POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

NO.	AKTIVITAS	DI RUMAH	DI RS
a.	Makan dan minum	.	
b.	Pola eliminasi		
c.	Pola istirahat / tidur		
d.	Kebersihan diri		

8. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

A. Konsep diri

Gambaran diri / Citra diri :

Ideal diri :

Harga diri :

Peran :

Identitas diri :

B. Pola peran hubungan dengan orang lain

C. Pola seksual

D. Pola mekanisme koping

E. Pola kognisi dan persepsi sensori :

Status mental :

Pola komunikasi :

Orientasi :

9. DATA SPIRITUAL

10. PEMERIKSAAN FISIK

(a) Keadaan umum :

(b) Tanda – tanda vital :

Suhu tubuh :	Nadi :
Tekanan darah :	Respirasi :
SpO2 :	

(c) Pemeriksaan kepala dan leher:

1. Kepala dan rambut

a) Bentuk kepala :

Ubun – ubun :

Kulit kepala :

b) Rambut :

Penyebaran dan keadaan rambut :

Bau :

Warna :

- c) Wajah :
- Warna kulit :
- Struktur wajah :

2. Mata

- a) Kelengkapan dan kesimetrisan :

- b) Kelopak mata (Palpera) :

- c) Konjungtiva dan sclera :

- d) Pupil :

- e) Kornea dan iris :

- f) Pergerakan bola mata :

- g) Ketajaman penglihatan / visus *) :

- h) Medan penglihatan :

- i) Tekanan bola mata *) :

3. Hidung

a) Tulang hidung dan posisi septum nasi :

b) Lubang hidung :

c) Cuping hidung :

4. Telinga

a) Bentuk telinga :

b) Ukuran telinga :

c) Lubang telinga :

d) Pemeriksaan pendengaran :

5. Mulut dan faring

a) Keadaan bibir :

b) Keadaan gusi dan gigi :

c) Keadaan lidah :

d) Faring :

6. Leher :

a) Posisi trakea :

b) Tiroid :

c) Suara ucapan :

d) Kelenjar limphe :

e) Vena jugularis :

f) Denyut nadi carotis :

d. Pemeriksaan integumen :

Inspeksi :

Palpasi :

e. Pemeriksaan dada / thorax :

7. Pemeriksaan Jantung

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

8. Pemeriksaan Paru

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

f. Pemeriksaan payudara :

g. Abdomen :

Inspeksi :

Auskultasi :

Perkusi :

Palpasi :

h. Genetalia:

Inspeksi :

Palpasi :

i. Ekstremitas :

Inspeksi :

Palpasi :

11. PEMERIKSAAN NEUROLOGIS

Tingkat Kesadaran/GCS:

Kemampuan sensorik :

Kemampuan motorik :

Reflek :

a) Reflek fisiologis :

b) Refleks patologis :

Nervus cranialis :

- a) Nervus I (Olfaktorius) :
- b) Nervus II (Optikus) :
- c) Nervus III (Okulomotorius) :
- d) Nervus IV (Troklearis) :
- e) Nervus V (Trigeminus) :
- f) Nervus VI (Abdusen) :
- g) Nervus VII (Fasialis) :
- h) Nervus VIII (Vestibulokoklearis) :
- i) Nervus IX (Glosofaringeus) :
- j) Nervus X (Vagus) :
- k) Nervus XI (Aksesorius) :
- l) Nervus XII (Hipoglossus) :

12. PEMERIKSAAN PENUNJANG

13. PENATALAKSANAAN (TERAPI / PENGOBATAN)

Trenggalek,

2025

.....

ANALISA DATA

NAMA PASIEN :
UMUR :
NO. REGISTER :
RUANG :

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN :
UMUR :
NO. REGISTER :
RUANG :

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	NOC	NIC	Rasionalisasi	Tanda Tangan

IMPLEMENTASI

NAMA: **UMUR :**

NO. REG: **RUANG :**

No.	Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan/ Implementasi	Tanda Tangan

EVALUASI

NAMA : UMUR :

NO. REG.: RUANG :

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/ Jam	Diagnosa Kep.	Implementasi	Evaluasi (S O A P)

Lampiran 4



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Politeknik Kesehatan Malang
 Jalan Besar Ijen 77C
 Malang, Jawa Timur 65112
 (0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

Trenggalek, 18 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/53/2025

Lamp. : 1 (satu) bendel

Perihal : Surat Mencari Data dan Ijin Melaksanakan Penelitian (Studi Kasus)

K e p a d a :

Yth.Sdr. Direktur RSUD Dr Soedomo

Kabupaten Trenggalek

di –

TRENGGALEK

Sehubungan dengan tugas akhir bagi mahasiswa tingkat III Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D3 – Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek diwajibkan untuk membuat Studi Kasus, maka mohon diperkenankan mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : DHEA APRILIA NURROHMAH

NIM : P17240223060

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, Februari s/d April 2025 sesuai proposal terlampir.

Demikian agar menjadikan periksa dan disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



Ns.Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes

Lampiran 5



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDOMO
 Jl. Dr. Soetomo No. 02 Telp. (0355) 793110
 Email : rsuddrsoedomo_trenggalek@yahoo.co.id
 TRENGGALEK 66312

Trenggalek, 04 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 72 /406.010.001/18.00/2025
 Lampiran : -
 Perihal : Persetujuan Penelitian

Yth. Sdr. Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek
 Poltekkes Kemenkes Malang
 di
TRENGGALEK

Menjawab surat Saudara nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/53/2025 tanggal 18 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : **DHEA APRILIA NURROHMAH**
 NIM : P17240223060
 Program Studi : D-III Keperawatan
 Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Trenggalek

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "**Asuhan Keperawatan pada Klien dengan CVA (Cerebro Vascular Accident) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek**". Adapun ketentuan yang harus dipenuhi peneliti, sebagai berikut:

1. Memenuhi biaya penelitian sebesar Rp 250.000;
2. Mentaati Tata Tertib dan Protokol Kesehatan yang berlaku;
3. Melaporkan hasil penelitian tersebut kepada RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek melalui Tim Koordinasi Pendidikan (Tim Kordik).

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
 KABUPATEN TRENGGALEK
 Kabid Pengembangan dan Pengendalian



Lampiran 6



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Dhea Aprilia Nurrohmah
NIM : P17240223060
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan CVA
(*Cerebro Vaskuler Accident*) di Ruang Unit Stroke
RSUD dr. Soedomo Trenggalek
Nama Pembimbing : Ns.Ixora, S.Kep., M.Kep.

NO	TANGGAL	CATATAN PEMBIMBING	PARAF
1	21/01/2025	- Pengajuan judul - Penentuan tema penelitian sesuai dengan angka kejadian kasus yang sesuai sekarang - Lanjutkan bab 1	<i>Hes-</i>
2	22/01/2025	- Revisi bab 1 latar belakang - Lanjutkan tujuan, batasan masalah - Tambahkan justifikasi, prevalensi stroke pada tahun 2023/2024 - Tambah daftar pustaka	<i>Hes-</i>
3	23/01/2025	- Bab 1 ACC - Lanjut Bab 2	<i>Hes-</i>
4	24/01/2025	- Bab 2 revisi Patofisiologis (uraian) - Tambahkan daftar pustaka	<i>Hes-</i>

5	25/01/2025	- Bab 2 ACC - Lanjut Bab 3	Hes-
6	26/01/2025	- Perhatikan batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu dan lengkapi daftar pustaka - Bab 3 ACC - Lengkapi daftar tabel, daftar gambar, daftar istilah, daftar singkatan - Lengkapi lampiran informed consent, instrumen penelitian, format Askep KMB - Siapkan PPT Sempro	Hes-
7.	28/01/2025	Acc Siapkan Sempro	Hes-
8.	21/04/2025	Bab 3 - Waktu penelitian, prosedur pengumpul data Bab 4 - Gambaran lokasi penelitian - Memperbaiki table Analisa data - Melengkapi data subyektif	Hes-
9.	22/04/2025	Bab 4 - Perbaiki pembahasan konsistensi kata - Revisi Abstrak	Hes-
10.	23/04/2025	- ACC semhas - Siapkan PPT	Hes-
11.	09/05/2025	- Benahi implementasi - Ganti tanggal penelitian - Perbaiki pola saat melakukan pengkajian	Hes-
12.	15/05/2025	- ACC Revisi	Hes-



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

📍 Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
☎ (0341) 566075
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Dhea Aprilia Nurrohmah
NIM : P17240223060
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
Nama Pembimbing : Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep

NO	TANGGAL	CATATAN PEMBIMBING	PARAF
1	03/02/2025	• Batasan masalah diganti CVA Infark • Benahi Penomoran • Perhatikan kalimat yang salah • Benahi penulisan kutipan • Benahi Partisipan • Benahi latar belakang pada alenia 1 tambahkan masalah pada CVA	
2	10/02/2025	ACC, lanjut penelitian	
3	09/05/2025	• Perbaiki konsep diagnosa gangguan perfusi jaringan serebral • Data subyektif dan obyektif pada pembahasan disesuaikan dengan konsep • Penomoran implementasi, planning sesuai penomoran intervensi • Perbaiki pembahasan pada kesenjangan nervus cranialis	

4	15/05/2025	• Tambah Evaluasi Awal Dinas • ACC Revisi	
---	------------	--	---