

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *CVA (Cerebro Vascular Accident)*
DI RUANG UNIT STROKE RSUD dr. SOEDOMO
KABUPATEN TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

REZA NUR FADILA

NIM: P17240223052



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

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CVA (*Cerebro Vascular
Accident*) DI RUANG UNIT STROKE RSUD dr. SOEDOMO
TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma-3 Keperawatan Di Program
Studi Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**

REZA NUR FADILA

(P17240223052)



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI DIPLOMA-3 KEPERAWATAN

KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK

2025

CURICULUM VITAE

Nama : REZA NUR FADILA

Tempat/tanggal lahir : Trenggalek, 01 September 2003

Agama : Islam

Alamat : RT. 05 RW 02 Dsn. Duren Ds. Dawuhan Kec.
Trenggalek, Kab. Trenggalek, Prov. Jawa
Timur



Riwayat Pendidikan :

1. TK Lulus Tahun 2010 : TK Dharma Wanita 2 Dawuhan
2. SD Lulus Tahun 2016 : SDN 2 Dawuhan
3. SMP Lulus Tahun 2019 : SMPN 2 Trenggalek
4. SMA Lulus Tahun 2022 : SMAN 2 Trenggalek
5. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan
Kampus Kabupaten Trenggalek 2025

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Reza Nur Fadila

NIM : P17240223052

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

Yang Membuat Pernyataan



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

Reza Nur Fadila
NIM : P17240223052

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Reza Nur Fadila (P17240223052) 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 Reza Nur Fadila (P17240223052) dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) di Ruang Unit Stroke Rsud Dr. Soedomo Trenggalek**”, telah dipertahankan di depan dewan penguji pada Jum’at, 09 Mei 2025

Dewan Penguji

Ketua Penguji



Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep
NIP. 19770604 200501 1 013

Anggota Penguji



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

“Bukan kesulitan yang membuat kita takut, tapi ketakutanlah yang sering membuat jadi sulit.

Jadi jangan mudah menyerah”

(Joko Widodo)

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim... Alhamdulillah, tiada kata yang lebih indah kecuali rasa syukur atas segala rahmat Mu ya Allah, Tuhan Yang Maha Agung dan Maha Tinggi. Atas takdirMu saya bisa menjadi pribadi yang berpikir dan berilmu untuk menyelesaikan tugas akhir dengan segala kekurangan. Terimakasih, sudah memberikan kekuatan kepada saya sampai bisa berada dititik ini dan terimakasih sudah menghadirkan orang-orang yang selalu mendukung dan memberikan semangat untuk menyelesaikan tugas akhir ini dengan baik. Semoga keberhasilan tugas akhir ini menjadi satu langkah awal untuk masa depan dan impianku nanti. Dengan ini saya persembahkan karya kecil untuk

Untuk diri saya sendiri

Terimakasih untuk diri saya sendiri karena sudah mau berusaha dan berjuang sampai dititik ini walaupun banyak sekali tantangan dan rintangan, seperti banyaknya tugas dan revisi seringkali mengeluh dan capek tapi tetep mau melangkah lagi. Big hug for me

Untuk Ayah dan Ibuku

Beribu ribu terimakasih aku ucapkan untuk ayahku Nurkholis dan ibuku Musriani tersayang. Apa yang aku dapatkan saat ini tidak mampu membayar semua kebaikan, keringat, kasih sayang, bahkan air mata yang kalian berikan untukku. Terimakasih untuk do'a yang senantiasa selalu kau panjatkan untukku. Terimakasih ayah ibuk support yang tidak terhingga. Terimakasih, semoga semua perjuanganmu untukku dapat terbayar melalui anakmu ini, dan semoga ini menjadi langkah awal untuk membahagiakan kedua orang tuaku serta langkah menuju masa depanku yang cerah, sukses dan lebih baik.

Untuk Keluarga Besarku

Teruntuk keluarga besarku terutama adikku Bisma Pranata, kakak-kakaku yang selalu mendukungku, menyemangatiku, selalu ada disaat aku berada dalam keadaan apapun, dan

yang selalu menunggu dan membantuku untuk meraih kesuksesanku, terima kasih banyak semoga ini menjadi langkah awal untuk menjawab semua harapan dan do'a kalian untuk kesuksesanku.

Untuk Orang Spesial

Teruntuk seseorang yang tidak kalah penting kehadirannya, seseorang yang bernama Reno ardian. 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,

Untuk Sahabat-Sahabatku

Teruntuk teman-temanku Dhea Aprilia, Risma Awaliya, Yuliana Ekasari, Isna Ayu, Dela Puspita, Dita Putri, Zanvira Dwi terimakasih sudah membantu saya dalam keadaan senang maupun susah, mendengar keluh kesahku, memberiku semangat, dan selalu mendukungku semoga kalian sehat selalu dan sukses kedepannya, tak lupa terimakasih kepada teman-teman seangkatanku semangatttt dan sehat selalu, Aamiin...

Untuk Bapak / Ibu Dosen dan seluruh staff karyawan Prodi D3 Keperawatan Trenggalek.

Saya ucapkan Terimakasih , karena selama ini sudah tulus dan ikhlas memberikan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan saya, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada nilai dan haragnya, agar saya menjadi manusia yang lebih baik dan bermanfaat. Terimakasih atas ilmu yang kalian berikan, semoga ilmu yang saya dapat bermanfaat bagi orang banyak diluar sana. 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 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 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 D3 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 D3 Keperawatan Kampus V Trenggalek.

- 4) Ns Ixora, S.Kep.,M.Kep., selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, saran, dan revisi dalam menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.
- 5) Ns Edi Yuswantoro, S.Kep.,M.Kep., selaku penguji Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberikan pengarahan serta saran kepada penulis sehingga dapat terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.
- 6) Semua dosen dan staff Prodi D-III Keperawatan Trenggalek yang telah ikut membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
- 7) Semua rekan Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan 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



Reza Nur Fadila
(P17240223052)

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
PRODI D-3 KEPERAWATAN TRENGGALEK
2025**

ABSTRAK

Reza Nur Fadila

Asuhan Keperawatan Pada Klien Cerebro Vaskular Accident di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

CVA (Cerebro Vascular Accident) adalah kerusakan fungsi otak yang muncul secara mendadak disebabkan gangguan aliran darah ke otak. Tujuan penelitian ini adalah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Cerebro Vascular Accident di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

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

Dari hasil penelitian didapatkan kesenjangan teori dan fakta yaitu pola nutrisi dan cairan, pola kognitif dan sensori persepsi, keadaan umum, pemeriksaan fisik, dan syaraf kranial. Masalah keperawatan muncul yaitu Resiko Gangguan perfusi jaringan serebral, Gangguan mobilitas fisik, Gangguan Komunikasi Verbal. Intervensi disusun berdasarkan teori kepustakaan yang ada dan mengacu pada standar operasional prosedur di rumah sakit. Implementasi keperawatan menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien. Evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP memudahkan memantau perkembangan klien. Selama dilakukan evaluasi tiga hari, kondisi klien mulai ada perubahan, meskipun belum mencapai hasil maksimal dengan kriteria hasil masalah teratasi sebagian.

Peneliti menyimpulkan bahwa klien stroke harus menerapkan pola hidup sehat dan memerlukan perawatan khusus demi terciptanya kesembuhan secara optimal.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, CVA, Klien

**HEALTH POLYTECHNIC MINISTRY OF HEALTH MALANG
D-3 NURSING PROGRAM IN TRENGGALEK
2025**

ABSTRACT

Reza Nur Fadila

Nursing Care for Client with Accident Cerebro Vascular at Stroke Unit Room of RSUD dr. Soedomo Trenggalek

CVA (Cerebro Vascular Accident) is a brain function disorder that occurs suddenly due to impaired blood flow to the brain. The purpose of this study is to provide comprehensive nursing care to clients with CVA Infark in the Stroke Unit Room of RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

The method used in this study uses qualitative descriptive with a case study approach. The data collection method used is a case study by conducting interviews, observations, physical examinations, supporting examination results and in-depth analysis. The participants in this study were one client experiencing CVA infarction with composmentis awareness without comorbidities.

From the results of the study, there were gaps in theory and facts, namely nutritional and fluid patterns, cognitive and sensory perception patterns, general conditions, physical examinations, and cranial nerves. Nursing problems emerged, namely the Risk of Cerebral Tissue Perfusion Disorders, Physical Mobility Disorders, and Verbal Communication Disorders. Interventions were arranged based on existing literature theories and referred to standard operating procedures in hospitals. The implementation of nursing was adjusted to the needs and conditions of the client. Evaluation using SOAP progress notes made it easier to monitor the client development. During the three-day evaluation, the client condition began to change, although it had not yet achieved maximum results with the criteria for partially resolved problems.

Researchers concluded that stroke client must adopt a healthy lifestyle, and require special care in order to create optimal recovery.

Keyword : Nursing Care, CVA, Client

DAFTAR ISI

COVER.....	i
CURICULUM VITAE	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN.....	xix
DAFTAR ISTILAH.....	xx
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
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	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Konsep CVA (<i>Cerebro Vaskular Accident</i>)	11
2.1.1 Definisi.....	11
2.1.2 Klasifikasi	12
2.1.3 Etiologi.....	13

2.1.4 Manifestasi Klinis	16
2.1.5 Faktor Resiko	19
2.1.6 Komplikasi.....	20
2.1.7 Patofisiologi (Phatway).....	23
2.1.8 Penatalaksanaan	27
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang	29
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	32
2.2.1 Pengkajian.....	32
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	46
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	55
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	64
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	64
BAB 3 METODE PENELITIAN	66
3.1 Desain/Rancangan Penelitian	66
3.2 Batasan Istilah	67
3.3 Partisipan	68
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	68
3.4.1 Lokasi Pengambilan Data	68
3.4.2 Waktu Pelaksanaan.....	68
3.5 Pengumpulan Data	69
3.5.1 Bahan/Instrumen	69
3.5.2 Metode Pengumpulan Data.....	69
3.5.3 Prosedure Pengumpulan Data	70
3.6 Uji Keabsahan Data.....	73
3.7 Analisa Data	74
3.8 Etika Penelitian.....	76
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	78
4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan.....	78
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	78
4.1.2 Pengkajian.....	79
4.1.3 Analisa Data.....	90
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	92
4.1. Intervensi Keperawatan.....	94

4.1.6 Implementasi Keperawatan.....	99
4.1.7 Evaluasi Keperawatan.....	102
4.1.8 Catatan Perkembangan.....	104
4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan	112
4.2 Pembahasan	130
4.2.1 Pengkajian.....	130
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	141
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	143
4.2.4 Implementasi Keperawatan.....	144
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	146
BAB 5 KESIMPULAN	149
5.1 Kesimpulan.....	149
5.1.1 Pengkajian.....	149
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	149
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	150
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	150
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	151
5.1.6 Analisa	151
5.2 Saran	153
5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan	153
5.2.2 Bagi Lahan Penelitian	153
5.2.3 Bagi Peneliti.....	153
5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya	154
5.2.5 Bagi Pasien.....	154
DAFTAR PUSTAKA.....	155
DAFTAR LAMPIRAN	158

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi.....	23
Gambar 4.1 Genogram	86

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor	50
Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	58
Tabel 4.1 Identitas Umum.....	85
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	85
Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari	87
Tabel 4.4 Konsep Diri	88
Tabel 4.5 Pola Kognisi dan Persepsi Sensori	89
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik	89
Tabel 4.7 Pemeriksaan darah lengkap.....	93
Tabel 4.8 Kimia Klinik.....	94
Tabel 4.9 Penatalaksanaan	94
Tabel 4.10 Analisa Data	96
Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan.....	98
Tabel 4.12 Intervensi Keperawatan.....	100
Tabel 4.13 Implementasi Keperawatan.....	106
Tabel 4.14 Evaluasi Keperawatan	109
Tabel 4.14 Catatan Perkembangan.....	110
Tabel 4.15 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan.....	113

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed Consent	157
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	158
Lampiran 3 Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah	159
Lampiran 4 Surat Persetujuan Penelitian Lapangan	194
Lampiran 5 Surat Persetujuan Penelitian Institusi	195
Lampiran 4 Lembar Konsultasi	196

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: Activity Daily Living
AVM	: <i>Malformasi Arteriovenosa</i>
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 Intrakranial
TTV	: Tanda Tanda Vital
WHO	: <i>Word Health Organizer</i>

DAFTAR ISTILAH

Abdomen	: Rongga tubuh terbesar yang terletak tepat dibawah toraks yang terpisahkan dari rongga toraks oleh diafragma
Afasia	: Kesulitan dalam bicara
Ambulasi	: Tindakan berjalan atau bergerak dari satu tempat ke tempat lain
Analgesik	: Sekelompok obat pereda nyeri
Antikoagulan	: Obat yang berfungsi mencegah pembekuan darah
Arteri	: Detak jantung yang membawa darah dari jantung dan menyebarkan ke seluruh tubuh
Arteriosklerosis	: Mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah
Disartria	: Gangguan bicara akibat kelemahan pada fungsi otot yang digunakan untuk berbicara
Disflagia	: Kesulitan dalam menelan makanan atau cairan
Emboli	: Kondisi ketika pembuluh darah tersumbat benda asing
Hemiplegi	: Kondisi terjadinya kelumpuhan
Hemoragik	: Pendarahan akibat pecahnya pembuluh darah pada area tertentu di dalam otak
Hipoksia	: Tidak adanya cukup oksigen dalam jaringan untuk mempertahankan fungsi tubuh
Iskemik	: Keadaan kurangnya aliran darah ke organ tubuh
Mobilisasi	: Kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas
Mobilitas	: Gerakan berpindah-pindah atau kesiapan untuk berpindah
Obesitas	: Terjadinya lipatan lemak tubuh yang berlebih

Paralisis	: Hilangnya seluruh atau sebagian fungsi otot
Perfusi	: Proses darah di oksigenasi mengalir 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
Thrombosis	: Penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan yang diberikan langsung kepada pasien untuk mengidentifikasi suatu masalah keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi (Siregar, 2020) . CVA (*Cerebro Vascular Accident*) atau orang awam sering menyebut stroke adalah gangguan fungsi otak yang muncul secara tiba-tiba dan berlangsung lebih dari 24 jam, yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak (Wahyuni, *et al.*, 2023). CVA (*Cerebro Vascular Accident*) merupakan salah satu penyebab kematian dan kecacatan neurologis serta gangguan pendarahan otak yang mengakibatkan kematian jaringan otak, defisit neurologis mendadak sebagai akibat infark atau hemoragi sirkulasi saraf otak (Nurafif, *et al.*, 2016). Ada 2 jenis CVA yaitu *CVA infark* atau *CVA non haemorrhagic* merupakan suatu kondisi yang berkembang ketika suplai darah ke otak dibatasi, atau bahkan berkurang, yang merampas jaringan otak oksigen dan nutrisi pada penyakit dalam keadaan ini bisa menimbulkan bahaya yang mengancam jiwa seperti kecacatan terhadap otak, sedangkan *CVA hemoragik* merupakan perdarahan akibat pecahnya pembuluh darah pada area tertentu di dalam otak. Kondisi ini mengakibatkan aliran darah di bagian tersebut berkurang. Tanpa pasokan oksigen yang dibawa oleh darah, sel otak dapat cepat mati sehingga fungsi otak menjadi terganggu (Alisia, *et al.*, 2023). Adapun faktor resiko yang dapat menyebabkan CVA (*Cerebro*

Vaskular Accident) yaitu hipertensi, diabetes, kolestrol tinggi, merokok, dan obesitas. Manifestasi klinis pada pasien 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). Kurangnya pengetahuan dan edukasi pada masyarakat tentang CVA menyebabkan tingkat penderita CVA tinggi. Penekanan pada masyarakat dan keluarga bahwa pengenalan tanda dan gejala dini CVA serta cara merujuk ke rumah sakit dengan segera dilakukan karena keberhasilan terapi CVA sangat ditentukan oleh kecepatan tindakan pada fase akut (*therapeutic window*). Semakin lama usaha untuk rujukan ke rumah sakit atau makin panjang waktu antara saat serangan dengan saat pemberian terapi berarti makin buruk dari perkiraannya. Tindakan yang tepat dapat menyelamatkan hidup dan mencegah kecacatan jangka panjang. Keberhasilan penanganan CVA sangat bergantung pada kecepatan, ketelitian, dan ketepatan dalam penanganan awal (Setianingsih, *et al.*, 2019).

Menurut WHO (*World Health Organization*) tahun 2022 dalam jurnal (Dwilaksono, 2023) terdapat 7,6 juta kematian terjadi akibat CVA. Prevelensi CVA menurut *World Stroke Organization* menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru CVA dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat CVA. Di negara Indonesia sendiri menurut data dari profil kesehatan Indonesia dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (2020), 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. Kasus CVA (*Cerebro Vascular Accident*) menempati posisi ketiga dengan jumlah kasus sebanyak 1.789.261 (Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan, 2021). Dan 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 katastropik (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). Di Kabupaten Trenggalek sendiri dalam data di RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2022 sebanyak 219 penderita CVA *Hemorrhagic* dan 775 penderita CVA *Infark* (Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek dalam KTI Nindy, 2024). Menurut data di RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2023 sebanyak 308 penderita CVA *Hemorrhagic* dan 932 penderita CVA *Infark* 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 Vaskular Accident) atau stroke disebabkan adanya pendarahan di otak (Tarwoto, 2021). Ada 2 jenis *CVA* yaitu *CVA Infark* dan *CVA Hemoragik*. *CVA Infark* merupakan penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan, pada *CVA Infark* terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak menurun, sedangkan *CVA hemoragik* adalah pendarahan yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di area tertentu di otak. Saat kondisi ini terjadi, aliran darah ke area tersebut menurun. Tanpa oksigen dari darah, sel-sel otak cepat mati dan fungsi otak terganggu (Hariyanto 2015). *CVA (Cerebro Vaskuler Accident)* terjadi karena 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 pasien selama bertahun-tahun sebagai orang cacat (Nuraini, 2020). Banyak faktor yang menjadi penyebab *CVA (Cerebro Vaskuler Accident)*, yang pertama adalah gaya hidup yang tidak sehat, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol dan 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 Vaskuler Accident)* seperti hipertensi, kolesterol tinggi, arterosclerosis (pengerasan pembuluh darah), masalah jantung, diabetes, dan juga faktor keturunan (Anthony, 2015). *CVA* memiliki berbagai dampak yang ditimbulkan selain kelumpuhan pada anggota gerak atau kecacatan, bagian saraf pusat mengakibatkan kelumpuhan anggota badan atau sebelah (hemiparasis) atau hemiplegi (paralisis), artinya jika kerusakan

pada hemisfer menimbulkan masalah gangguan mobilisasi fisik dan berdampak pada kemunduran klien dalam beraktivitas (Tarwoto, 2015). Serangan CVA sering kali terjadi secara tiba-tiba dan menimbulkan gejala tertentu tergantung bagian otak mana yang kekurangan aliran darah. Maka itu, penderita CVA harus segera mendapatkan pertolongan secepat mungkin agar kerusakan sel otak yang terjadi minimal sehingga tidak menimbulkan cacat atau gejala sisa akibat serangan. Kecacatan bisa berupa kelumpuhan anggota gerak, proses berpikir, gangguan bicara dan memori, bahkan dapat menimbulkan kematian (Amelia, *et al.*, 2021).

CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) dapat menimbulkan masalah kesehatan yang besar jika tidak segera ditanggulangi. Tindakan penanganan CVA dibagi menjadi 2 yaitu meliputi tindakan secara farmakologis dan non farmakologis. 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 pada tindakan secara non farmakologis yaitu dalam prosesnya tidak menggunakan obat, tindakan yang dapat diberikan seperti perubahan gaya hidup, aktivitas fisik, terapi relaksasi dan terapi rehabilitasi (Pinasthika, 2018). Salah satu bentuk terapi rehabilitasi untuk pasien CVA yaitu latihan ROM (*Range Of Motion*) pasif dan aktif. Terapi rehabilitasi juga dapat menghindari terjadinya kelemahan otot apabila tidak dilakukan latihan atau terapi setelah pasien mengalami CVA (Olviani, *et al.*, 2017). Salah satu metode pengalih perhatian yang

dapat dimanfaatkan adalah mendengarkan Murrotal Al-Qur'an dan terapi musik yaitu suara ini dapat membantu menurunkan hormon stres, merangsang pelepasan endorfin alami, menciptakan rasa rileks, serta mengalihkan perhatian dari rasa takut dan cemas. Selain itu, mendengarkan Murrotal juga dapat memperlambat pernapasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak (Ixora, *et al.*, 2023). Peran perawat yang sangat penting dalam perawatan pasien CVA yaitu dimulai dari masa akut dan rehabilitasi, serta pencegahan komplikasi. Sebagai paramedis, perawat mendampingi pasien selama 24 jam dan bertanggung jawab mencegah komplikasi yang mungkin terjadi pada pasien CVA dan peran perawat di rumah sakit memberikan asuhan keperawatan sebagai tindakan mandiri perawatan kepada pasien CVA untuk mencegah terjadinya komplikasi berkaitan dengan permasalahan keperawatan yang muncul pada pasien tersebut, yang meliputi pengkajian, mendiagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi yang tepat. Tingginya angka kejadian CVA dan harus mendapatkan penanganan yang cepat, tepat, dan segera, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dan memperdalam pengetahuan untuk memberikan “Asuhan Keperawatan pada Klien CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) Di Ruang Unit Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek”

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah adalah ruang lingkup masalah yang ingin dibatasi oleh peneliti yang disebabkan masalah yang terlalu luas atau lebar yang bisa mengakibatkan penelitian itu tidak bisa fokus.

Batasan masalah pada studi kasus ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan pada salah satu klien dengan diagnose CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) *infark* tanpa penyakit penyerta lainnya yang memiliki kesadaran composmentis, kooperatif dengan lama hari rawat minimal 3 hari, dan bersedia memberikan informasi yang diperlukan dalam penelitian di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Rumusan masalah adalah suatu pertanyaan penelitian yang umumnya disusun dalam bentuk kalimat tanya (Sosial, *et al.*, 2016). Berdasarkan uraian dan latar belakang masalah diatas, dapat dirumuskan pernyataan masalah sebagai berikut : “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Klien CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek?”.

1.4 Tujuan Masalah

1.4.1 Tujuan Umum

Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian pada klien dengan penyakit CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan penyakit CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 3) Mengidentifikasi rencana tindakan keperawatan pada klien dengan CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan yang tepat pada klien dengan penyakit CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 5) Mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat pada klien dengan penyakit CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 6) Melakukan analisa antara fakta dan teori tentang asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis dari penelitian ini yaitu dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam pengembangan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Institusi Pendidikan

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

2) Bagi Tenaga Kesehatan Rumah Sakit

Sebagai pertimbangan perawat dalam merencanakan tindakan keperawatan sehingga perawat mampu memberikan tindakan yang tepat pada klien dan sebagai bahan masukan dalam memberikan Asuhan Keperawatan yang komprehensif pada klien yang mengalami penyakit CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3) Bagi Penulis

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

4) Bagi Peneliti Selanjutnya

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

5) Bagi Klien

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.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep CVA (*Cerebro Vaskular Accident*)

2.1.1 Definisi

WHO (*World Health Organization*) mendefinisikan CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) adalah terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam akibat gangguan aliran darah otak. CVA sering kali menyebabkan berbagai bentuk kecacatan, seperti kelumpuhan pada anggota tubuh, gangguan berbicara, kesulitan dalam berpikir, penurunan daya ingat, serta berbagai jenis disfungsi lain akibat terganggunya fungsi otak (Saunoah, 2019).

CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) merupakan gangguan pada fungsi system syaraf yang diakibatkan adanya gangguan pada peredaran darah di dalam otak yang dikarenakan pecahnya pembuluh darah atau sumbatan pada pembuluh darah dalam otak (Zebua, 2021).

CVA Hemoragik adalah pecahnya pembuluh darah otak secara mendadak dengan akibat penurunan fungsi neurologis (Hariyanto *et al.*, 2015).

CVA *Infark* adalah stroke yang disebabkan karena terjadinya penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis atau emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel dan jaringan di otak (Darmawan, *et al.*, 2023).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Yueniwati (2016), klasifikasi dari penyakit CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) diantaranya yaitu:

1) CVA Hemoragik

CVA hemoragik terjadi akibat perdarahan di dalam jaringan otak, yang dikenal sebagai hemoragia intraserebrum atau hematoma intraserebrum, atau perdarahan ke ruang subarachnoid, yaitu celah sempit antara permukaan otak dan lapisan pelindungnya, yang disebut hemoragia subarachnoid. CVA hemoragik merupakan jenis CVA yang paling mematikan yang merupakan sebagian kecil dari keseluruhan CVA yaitu sebesar 10-15% untuk perdarahan intraserebrum dan sekitar 5% untuk perdarahan subarachnoid. CVA hemoragik dapat terjadi ketika lesi vaskular intraserebrum pecah, menyebabkan perdarahan ke ruang subarachnoid atau langsung ke jaringan otak. Beberapa jenis lesi vaskular yang dapat memicu perdarahan subarachnoid meliputi aneurisma sakular dan AVM (malformasi arteriovena).

2) CVA Infark/Non Hemoragik

CVA Infark atau CVA non hemoragik adalah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. *CVA infark* secara umum diakibatkan oleh aterotrombosis pembuluh darah serebral, baik yang besar maupun yang kecil. Pada *CVA infark* penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju

ke otak. Darah ke otak disuplai oleh dua arteri karotis interna dan dua arteri vertebralis. Arteri-arteri ini merupakan cabang dari lengkung aorta jantung. Suatu ateroma (endapan lemak) bisa terbentuk di dalam pembuluh darah arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Keadaan ini sangat serius karena setiap pembuluh darah arteri karotis dalam keadaan normal memberikan darah ke sebagian besar otak. Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil.

2.1.3 Etiologi

Menurut Isana (2021), sebagian besar CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) 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 Infark/ Non Hemoragik

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 infark. *CVA infark* dapat dibagi lagi ke dalam 2 jenis, CVA trombotik dan CVA embolik, yaitu:

- a) CVA Trombotik: merupakan jenis CVA akibat penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak akibat adanya thrombus, maupun aterosklerosis yang mengakibatkan suplai

darah, oksigen, dan energi menuju ke otak berkurang atau terhenti yang dapat menyebabkan kematian jaringan pada otak (Isana, 2021).

Penyebab CVA trombotik antara lain :

- (1) Arteriosklerosis merupakan penyumbatan yang disebabkan penumpukan plak, lemak dan kolesterol di dalam pembuluh darah di dinding pembuluh darah (endotel).
- (2) Trombus, merupakan penyumbatan yang diakibatkan oleh bekuan darah yang menempel di dinding pembuluh darah.
- (3) Embolus, merupakan penyumbatan yang disebabkan oleh benda asing maupun semacamnya yang tersangkut pada sirkulasi darah khususnya pembuluh darah di otak.
- (4) Obat-obatan, beberapa obat dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah (example: antidepresan, antiparkinson, dekonjestan dll.)
- (5) Gaya hidup, seperti merokok dapat menyebabkan elastisitas pembuluh darah menjadi berkurang
- (6) Psikologis, stres dapat menyebabkan sistem peredaran darah di dalam tubuh menjadi tidak normal yang dapat di tambah oleh faktor penyumbatan darah.
- (7) Hipotermia, kedinginan dapat menyebabkan menggigil sehingga merangsang aktivitas otot yang menghasilkan

panas tubuh yang kemudian dapat menyebabkan penyempitan.

- b) CVA Emboli: adalah jenis stroke akibat adanya sumbatan pada pembuluh darah otak seperti bekuan lemak, udara dan darah. Trombus yang terlepas dari jantung dan tersumbat pada sistem arteri disebut emboli.

Penyebab CVA emboli:

- (1) Katup-katup jantung rusak
- (2) Fibrilasi atrium, dapat menimbulkan embolus- embolus kecil yang terjadi akibat adanya pengosong ventrikel pada darah yang awalnya terbentuk dari gumpalan- gumpalan kecil.
- (3) Endokarditis, terjadi dikarenakan adanya infeksi dari berbagai macam bakteri atau non bakteri yang menyebabkan terbentuknya suatu gumpalan- gumpalan di endocardium.
- (4) Penyakit jantung tanpa aritmis/thrombus murni (stenosis mitral, miokarditis, dan sebagainya)
- (5) Komplikasi pembedahan jantung

2) CVA Hemoragik

CVA hemoragik terjadi ketika pembuluh darah 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 hemoragik terdiri dari dua jenis, yaitu perdarahan intraserebral dan subarachnoid (Wijaya, 2017).

- a) *Intracerebral Hemorrhage* (ICH): perdarahan intracerebral merupakan perdarahan yang terjadi pada jaringan otak, akibat robekan pembuluh darah di dalam jaringan otak. Penyebab Intracerebral Hemorrhage yaitu hipertensi, trauma kepala akibat kecelakaan, depresi tulang tengkorak akibat fraktur, cedera penetrasi peluru, malformasi arteri venosa, aneurisma.
- b) *Subarachnoid Hemorrhage* (SAH) adalah perdarahan yang terjadi di ruang subarachnoid di antara berada di lapisan pelindung otak atau meningen, akibat pecahnya atau rusaknya pembuluh darah (Harsono, 2016).

2.1.4 Manifestasi Klinis

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

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota tubuh pada satu sisi (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) dapat terjadi secara tiba-tiba. Kondisi ini disebabkan oleh kerusakan pada area motorik di korteks frontal, yang bersifat kontralateral. Artinya, jika

kerusakan terjadi pada hemisfer kanan otak, maka kelumpuhan otot volunter dan gangguan sensorik akan terjadi pada sisi kiri tubuh, sehingga pasien tidak mampu melakukan gerakan ekstensi atau fleksi.

2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi akibat kerusakan pada system saraf otonom serta gangguan pada saraf sensorik.

3) Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma)

Terjadi akibat pendarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

4) Afasia (kesulitan dalam bicara)

Kemampuan berkomunikasi secara lisan, termasuk membaca, menulis, dan memahami bahasa, merupakan fungsi penting otak.

Afasia terjadi ketika terdapat kerusakan pada area utama pusat bicara di hemisfer kiri, yang sering kali disebabkan oleh stroke yang mengganggu aliran darah di arteri serebral tengah kiri.

Afasia terbagi menjadi 3, yaitu

a) Afasia motorik atau ekspresif

Afasia ini disebabkan oleh kerusakan pada area Broca yang berada di lobus frontal otak. Pada jenis afasia ini, pasien mampu memahami pembicaraan orang lain, namun mengalami kesulitan dalam berbicara dan menyampaikan

kata-kata.

b) Afasia sensorik

Afasia ini disebabkan oleh kerusakan pada area Wernicke yang berada di lobus temporal. Pada jenis afasia ini, pasien tidak dapat memahami rangsangan pendengaran, meskipun masih mampu berbicara. Namun, respons verbal yang diberikan cenderung tidak relevan atau tidak koheren.

c) Afasia Global

Afasia ini terjadi akibat kerusakan yang luas pada otak, sehingga afasia jenis ini merupakan afasia paling berat. Pada afasia global pasien akan kesulitan bahkan tidak mampu membaca, menulis, serta memahami perkataan orang lain.

5) Disartia (bicara cadel atau pelo)

Kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian klien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartia terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Klien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah.

6) Gangguan penglihatan (diplopia)

Klien dapat mengalami kehilangan penglihatan, pandangan ganda, atau gangguan lapang pandang di salah satu sisi. Kondisi ini terjadi akibat kerusakan pada lobus temporal atau parietal

yang memengaruhi serat saraf optik di korteks oksipital. Selain itu, gangguan penglihatan juga dapat disebabkan oleh kerusakan pada saraf kranial III, IV, VI.

7) Disfagia

Kesulitan menelan disebabkan oleh kerusakan pada nervus kranial IX. Dalam proses menelan, bolus makanan didorong oleh lidah, glottis menutup, dan makanan kemudian masuk ke esofagus.

8) Inkontinensia

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi, hal ini dikarenakan terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel. vertigo, mual, muntal dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

2.1.5 Faktor Resiko

Menurut Meila (2019), penyakit CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) dapat diakibatkan oleh beberapa faktor, faktor-faktor tersebut mencakup :

- 1) Faktor genetik merupakan faktor yang tidak dapat dirubah, seperti usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga.
- 2) Faktor yang dapat dirubah seperti hipertensi, merokok, obesitas, diabetes melitus, tidak melakukan perilaku hidup sehat, tidak rutin melakukan pemeriksaan dan memakan makanan yang mengandung jumlah garam yang tinggi. Pola hidup dan pola makan sangat berpengaruh dalam timbulnya faktor-faktor resiko

CVA yang dapat terjadi seperti seringnya merokok, mengkonsumsi minuman bersoda dan beralkohol, sering memakan makanan cepat saji fast food and junk food.

2.1.6 Komplikasi

CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) merupakan penyakit yang mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi medis, adanya kerusakan jaringan saraf pusat yang terjadi secara dini pada CVA, sering diperlihatkan adanya gangguan kognitif, fungsional, dan defisit sensorik. Pada umumnya pasien pasca CVA memiliki komorbiditas yang dapat meningkatkan risiko komplikasi medis sistemik selama pemulihan CVA.

Beberapa komplikasi CVA dapat terjadi akibat langsung CVA itu sendiri, imobilisasi atau perawatan CVA. Hal ini memiliki pengaruh besar pada luaran pasien CVA sehingga dapat menghambat proses pemulihan neurologis dan meningkatkan perawatan semakin lama dirawat di rumah sakit. Komplikasi jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri pasca CVA, disfagia, inkontinensia, dan depresi adalah komplikasi sangat umum pada pasien CVA. Komplikasi menurut Tarwoto (2020), meliputi :

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.

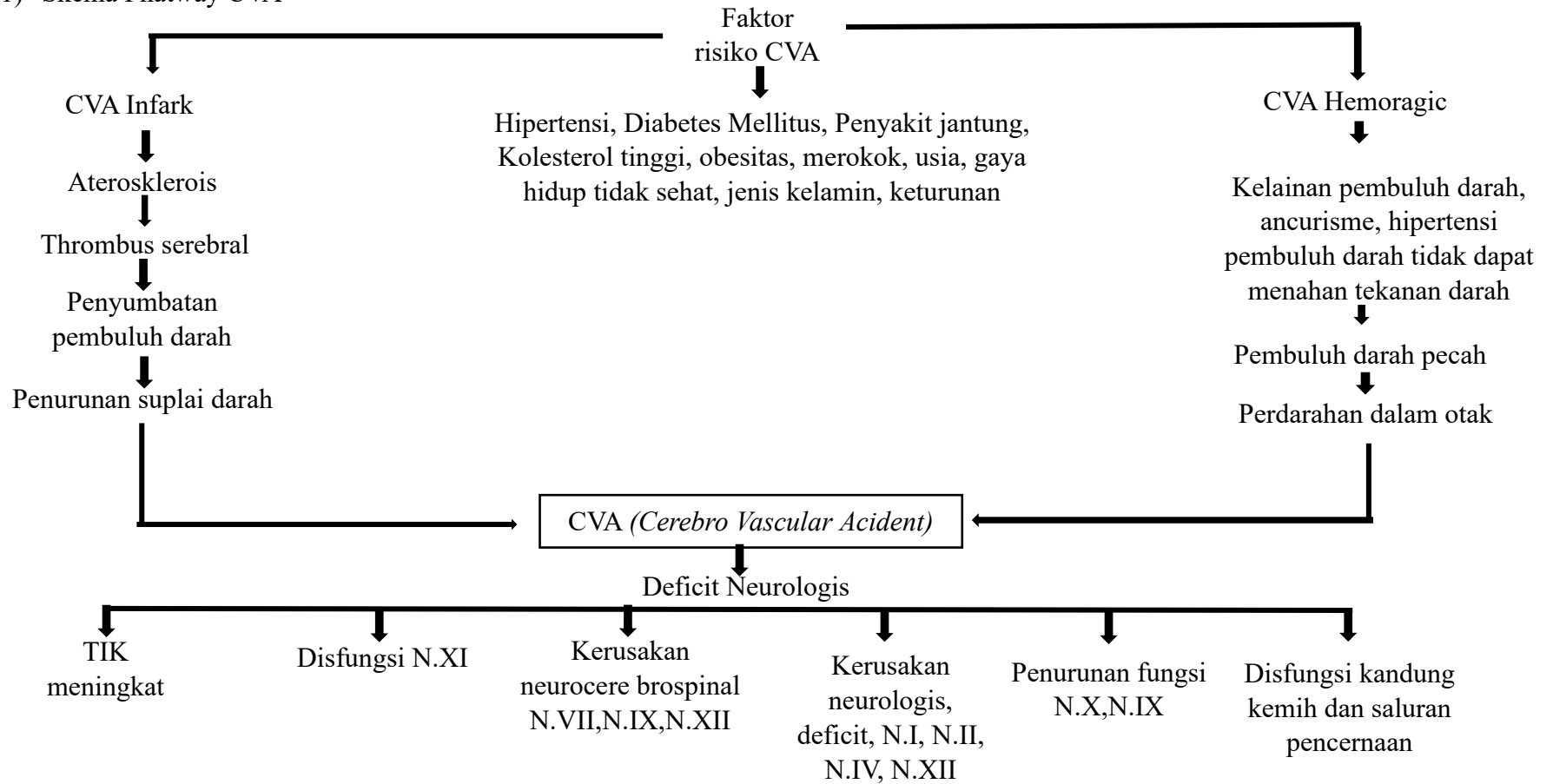
- a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi karena akibat imobilisasi seperti pneumonia

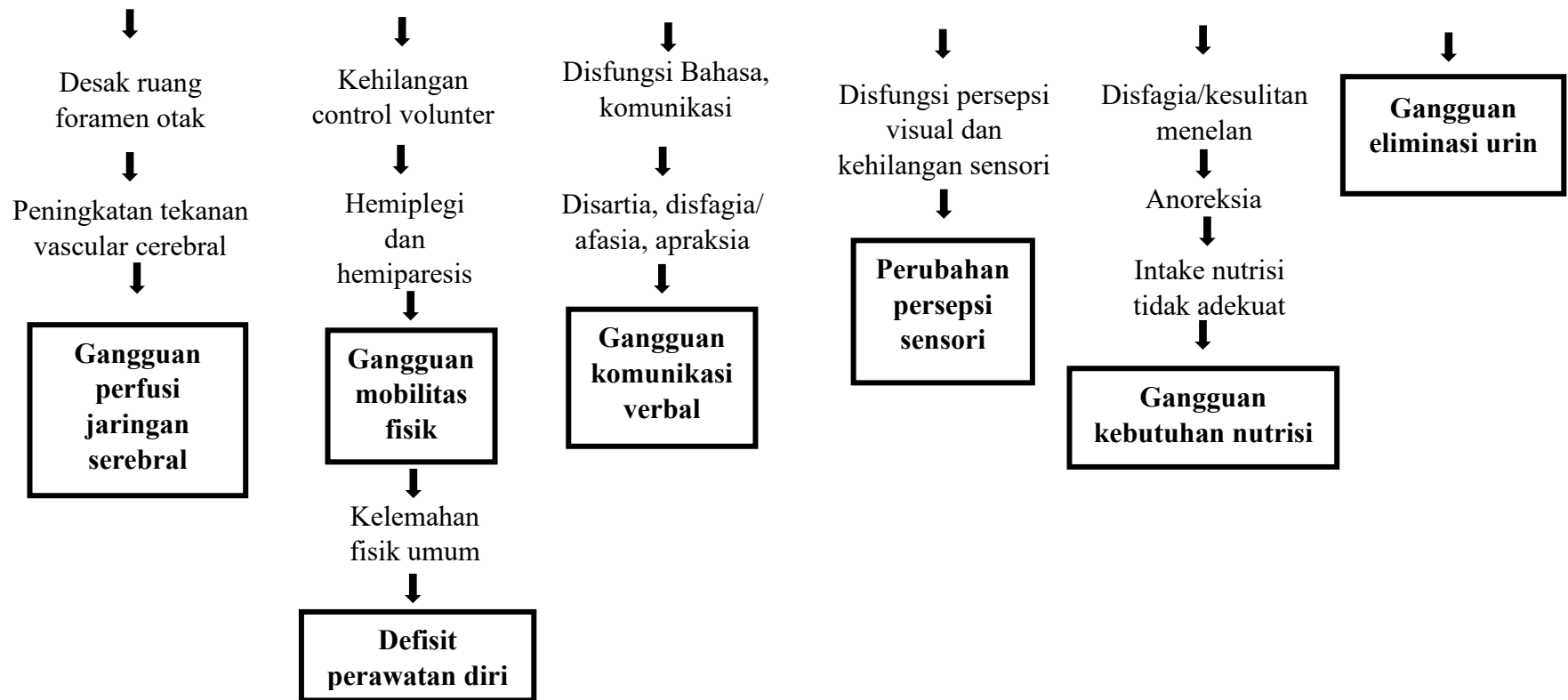
dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia.

- b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.
- c) Malnutrisi karena intake yang adekuat.

2.1.7 Patofisiologi (Phatway)

1) Skema Phatway CVA





Gambar 2.1 Patofisiologi, (NANDA, 2016)

2) Uraian Patofisiologi

Faktor 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 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 Tarwoto (2020), penatalaksanaan CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) terbagi atas :

- 1) Pada fase akut
 - a) Terapi cairan, pada fase akut CVA beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah.
 - b) Terapi oksigen, pasien *CVA infark* dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Oleh karena itu, kebutuhan oksigen sangat penting untuk mencegah hipoksia dan menjaga metabolisme otak tetap berjalan. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator, merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri.
 - c) Penatalaksanaan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK). Peningkatan tekanan intra kranial umumnya disebabkan oleh edema serebral. Oleh karena itu, pengurangan edema menjadi langkah penting yang dapat dilakukan, misalnya melalui pemberian manitol serta pengendalian atau kontrol tekanan darah.
 - d) Monitor fungsi pernapasan : Analisa Gas Darah
 - e) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG
 - f) Evaluasi status cairan dan elektrolit

- g) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri
- h) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi labung dan pemberian makanan
- i) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan antikoagulan
- j) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus cranial dan reflex

2) Fase rehabilitasi

- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat
- b) Program manajemen bladder dan bowel
- c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
- d) Pertahankan integritas kulit
- e) Pertahankan komunikasi yang efektif
- f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- g) Persiapan klien pulang

3) Terapi obat pada *CVA infark*

- a) Pemberian trombolisis dengan rt-PA (recombinant tissueplasminogen)
- b) Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada pasiendengan hipertensi

- 4) Terapi obat pada CVA hemoragic
 - a) Antihipertensi : kaptopril, antagonis kalsium
 - b) Diuretik : manitol 20%, furosemid
 - c) Antikonvulsan : fenitoin

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Oktavianus (2014), pemeriksaan penunjang pada CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) diantaranya yaitu:

1) CT-Scan

Diagnosis CVA dikonfirmasi dengan bantuan pencitraan otak. Pemindaian CT scan kepala non- kontras merupakan pemeriksaan yang cepat dan aman. Pada fase akut, perdarahan terlihat jelas sebagai area yang hiperdens (putih). Gambaran ini tetap dapat muncul selama sekitar 72 jam dari serangan stroke. Pada hari ke-10, area perdarahan akan menjadi hipodens (terlihat lebih gelap dari jaringan normal). Pada *CVA infark* zona hipodens yang berbatas tegas muncul. Namun selama beberapa jam pertama terutama pada 6 jam pertama, *CVA infark* mungkin tidak akan tampak pada CT scan. Oleh sebab itu pada kasus yang dicurigai *CVA infark* pada jam-jam awal kejadian sebaiknya dilakukan pemeriksaan MRI.

2) Pemeriksaan magnetic resonance imaging (MRI)

Pemeriksaan MRI menunjukkan daerah yang mengalami infark atau hemoragik. MRI mempunyai banyak keunggulan dibanding CT dalam mengevaluasi CVA, MRI lebih sensitif dalam

mendeteksi infark, terutama yang berlokasi dibatang otak dan serebelum.

3) Pemeriksaan magnetic resonance angiography (MRA)

Merupakan metode non-invasif yang memperlihatkan arteri karotis dan sirkulasi serebral serta dapat menunjukkan adanya oklusi.

4) Pemeriksaan ultrasonografi karotis dan dopler transkranial

Mengukur aliran darah serebral dan mendeteksi penurunan aliran darah stenosis di dalam arteri karotis dan arteri vetebrobasilaris selain menunjukkan luasnya sirkulasi kolateral. Kedua pemeriksaan ini dapat digunakan untuk mengkaji perburukkan penyakit vaskular dan mengevaluasi efek terapi yang ditimbulkan pada vasospasme, seperti yang terjadi pada perdarahan subaraknoid. Angiografi serebral merupakan prosedur invasif yang menggunakan media kontras untuk menunjukkan pembuluh darah serebral, kepatenan, dan lokasi stenosis, oklusi atau aneurisma. Pemeriksaan aliran darah serebral membantu menentukan derajat vasopasme.

5) Pemeriksaan EKG

Pemeriksaan EKG memperlihatkan daerah yang spesifik.

6) Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan elektrolit, fungsi ginjal, kadar glukosa, lipid, kolestrol, dan trigliserida dilakukan untuk membantu menegakan diagnose.

7) EEG (Electro Encephalografi)

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

8) Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, oklusi/ruptur.

9) Sinar X tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi parsial dinding, aneurisma pada perdarahan sub arachnoid.

10) Pemeriksaan foto thorax

Memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari masa yang meluas.

11) Pungsi lumbal

Pemeriksaan pungsi lumbal menunjukkan adanya tekanan normal. Tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan membantu perawat mendapatkan luaran, mengukur kualitas pelaksanaan asuhan keperawatan dan memudahkan perawat untuk melakukan praktik klinis keperawatan yang terdiri dari lima tahapan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Koerniawan, *et al.*, 2020).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan di analisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang di hadapi klien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan tindakan yang harus diambil untuk mengatasi masalah keperawatan (Polopadang, *et al.*, 2019).

Proses pengkajian mencakup pengumpulan data, penyusunan data, validasi data, pencatatan data. Pengumpulan data adalah alat utama dalam pengkajian awal klien dan merupakan proses yang kontinyu untuk memperoleh informasi yang diperlukan untuk asuhan keperawatan (Wiratama, 2019)

1) Identitas Klien

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

2) Keluhan utama

Keluhan yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah kiri, bicara cedal, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Tarwoto, 2015).

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Pada serangan otak CVA biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan sampai kejang tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain (Tarwoto, 2015).

P : Sebagian besar klien mengatakan pusing atau nyeri pada bagian tubuh tertentu.

Q : Nyeri yang dirasakan biasanya seperti ditusuk-tusuk jarum.

R : Nyeri yang dirasakan Sebagian besar dikepala.

S : Sebagian besar klien memberikan penilaian skala ringan antara 4-6.

T : Nyeri terasa terus-menerus atau sewaktu-waktu.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian

pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya (Tarwoto, 2015).

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya perlu dikaji adanya riwayat hipertensi pada keluarga, riwayat terjadinya stroke, komposisi keluarga dan apakah ada anggota keluarga yang lain mengidap penyakit menular. (Doenges, 2018).

6) Riwayat Psikososial dan Spiritual

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif. Dalam pola penanganan klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses pikir dan kesulitan berkomunikasi. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin 2019).

7) Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola nutrisi cairan/metabolisme

Umumnya, klien mengalami kendala untuk memenuhi kebutuhan saat makan dan minum, klien biasanya mengeluh kurang nafsu makan, mual, muntah, kehilangan sensasi di lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, dan menderita diabetes, peningkatan jaringan adiposa visceral darah, disertai kesulitan menelan yang serius dan obesitas (Tarwoto, 2015).

b) Pola eliminasi

Pada pasien stroke biasanya didapatkan pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi, bagaimana eliminasi BAK apakah ada kesulitan, warna, bau, berapa jumlahnya, karena pada pasien stroke mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural (Tarwoto, 2013).

c) Pola aktivitas dan personal hygiene

Klien biasanya mengeluh bahwa sulit bagi mereka untuk menjalankan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau kelumpuhan (hemiplegia), mudah lelah, sulit istirahat, penurunan tonus otot, kelumpuhan (hemiplegia), kelemahan umum, berkurangnya penglihatan dan berkurangnya tingkat kesadaran. Oleh karena itu personal hygiene klien kurang.

d) Pola tidur dan istirahat

Pada klien *CVA* terdapat gangguan jumlah dan kualitas tidur yang dibatasi waktu, akibat faktor eksternal, klien akan mengalami istirahat yang tidak cukup karena keluhan yang dialaminya (Tarwoto, 2015).

e) Pola hubungan dan peran

Pola hubungan dan peran adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan berbicara (Doengoes, et., al 2018)

f) Pola kognitif dan sensori

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan atau kekaburan pandangan, perabaan atau sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Tarwoto, 2015).

g) Pola persepsi dan konsep diri

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

h) Pola reproduksi seksual

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.

i) Pola mekanisme koping

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

j) Pola nilai dan kepercayaan

Pola keyakinan dan nilai meliputi keyakinan dan persepsi klien terhadap penyakit dan kesembuhannya dihubungkan dengan agama yang klien anut. Bagaimana aktifitas spiritual klien selama klien menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya (Rohmah, 2009).

8) Keadaan Umum

Biasanya klien *CVA* mengalami badan lemah (*letarge*), nyeri kepala (*cheplgia*), penurunan kesadaran (apatis, samnolen, delirium, stupor/ semikoma, koma). Terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30 mmHg), peningkatan suhu ($>37^{\circ}\text{C}$), nadi takikardi, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Tarwoto, 2013)

9) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum dengan klien *CVA* biasanya mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu kesulitan dalam bicara, bicara cedal/pelo, terjai kelemahan tubuh disalah satu sisi. Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Muttaqin, 2019).

a) Kepala

Bentuk 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, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hematom atau riwayat operasi.

b) Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada pemeriksaan II (optikus) : biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotorius) : biasanya diameter pupil 2mn/2mn, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebral dan reflek kedip dapat dinilai jika klien bisa membuka mata. Nervus IV (troklearis) : biasanya klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan kebawah. Nervus VI (abduken) : biasanya hasil yang didapat klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan (Satyanegara, 2014).

c) Telinga

Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/ berdesis pada telinga).

d) Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius) : kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda dari pada nervus VIII (vestibulokoklearis) : biasanya pada klien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung (Tarwoto, 2015).

e) Mulut dan gigi

Biasanya adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, disatria (bicara cadel atau cedal), afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.

f) Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus) : biasanya klien CVA non hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+) (Tarwoto, 2015).

g) Dada/Thorak

(1) Pemeriksaan paru

Inpeksi : 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 ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan.

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 pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan reflek batuk dan menelan (Doengos , et., al 2018).

(2) 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

h) Abdomen

- (1) Inspeksi : Bentuk simetris, pembesaran tidak ada
- (2) Auskultasi: Terjadi penurunan peristaltic (normalnya 5-35x/menit)
- (3) Auskultasi : Bising usus agak lemah
- (4) Perkusi : Nyeri tekan tidak ada, nyeri perut tidak ada

i) Ekstremitas

(1) Atas

Biasanya terpasang infus bagian dextra atau sinistra. *Capillary Refil Time* (CRT) biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya klien CVA non hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bisep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek *Hoffman tromner* biasanya jari tidak mengembang. Ketika diberi reflek (reflek *Hoffman tromner*)) (Tarwoto, 2015).

(2) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya pada saat pemeriksaan *bluedzensky* 1 kaki kiri klien fleksi (*bluedzensky* (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek *babinsky* (+)). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon (reflek

Caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek *openheim* (+)) dan pada saat betis diremas dengan kuat biasanya klien tidak merasakan apa-apa (reflek *Gordon* (+)). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan (reflek *patella* (+)) (Tarwoto, 2015).

j) Pemeriksaan genetalia dan anus

Pada klien dengan CVA kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doengos , et,. al 2018).

k) Pemeriksaan integument

(1) Kulit : jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek (Kembali >2 detik). Disamping itu perlu juga dikaji tanda-tanda decubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien CVA harus bed rest.

(2) Kuku : perlu dilihat adanya *clubbing finger*, *cyanosis* (Sinta, 2011).

l) Pemeriksaan musculoskeletal

Amati adanya pembengkakan atau edema dan pergerakan sendi, sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2019).

m) Pemeriksaan reflek

(1) Reflek fisiologis seperti reflek bisep, trisep, brakioradialis, patella, achilles

(2) Reflek patologis, seperti reflek plantar (Babinski) dan chaddock mengalami abnormalitas pada sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan.

Pada fase akut, reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul Kembali didahului dengan reflek patologis.

n) Syaraf Kranial

(1) Nervus Kranialis 1 olfaktorius : Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

(2) Nervus Kranialis 2 optikus : Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang

(3) Nervus Kranialis 3 okulomotoris,: Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar

(4) Nervus Kranialis 4 Trochlearis : Kelainan berupa paralisis nervus trochlearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial

- (5) Nervus Kranialis 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
- (6) Nervus Kranialis 6 abducent : Kelainan pada paralisis nervus abducent menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, ketika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior
- (7) Nervus Kranialis 7 facialis: 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 Kranialis 8 Vestibulokoklearis : Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo)
- (9) Nervus Kranialis 9 glosfaringius dan Nervus Kranialis 10 vagus : Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosfaringius dan vagus dapat

mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko terjadinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian. Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan, nadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru.

(10) Nervus Kranialis 11 assessorius : Gangguan pada nervus assessorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapezius) dan otot leher (otot sternokleidomastoideus). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus assessorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persyarafan otot trapezius dan otot sternokleidomastoideus terganggu

(11) Nervus Kranialis 12 hipoglossus : 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 pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan

membelok ke arah sisi yang sakit saat di julurkan. Saat istirahat lidah membelokk ke sisi yang sehat di dalam mulut.

o) Keadaan Umum

Keadaan umum : lemah, sakit ringan, sakit berat, gelisah, rewel. Tingkat kesadaran sesuai dengan kondisi klien. Keadaan tanda-tanda vital, seperti tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan.

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)

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk

menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Marpaung, 2019). Berikut diagnosa keperawatan pada klien CVA menurut (SDKI, 2017) :

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

Subjektif	Objektif
1. Klien mengatakan nyeri kepala	1. Gangguan status mental 2. Penurunan kesadaran 3. Perubahan tanda vital 4. Penurunan fungsi memori 5. Perubahan perilaku 6. Perubahan respon motorik 7. Kelemahan atau paralisi 8. hasil CT Scan MRT adanya edema serebri, perdarahan

- 2) 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 Gangguan muskolasketal
- k) Gangguan neuromaskular
- l) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75sesuai usia
- m) Efek agen farmakologis
- n) Program pembatasan gerak
- o) Nyeri
- p) Kurang terpapar informasi tentang aktivitasfisik kecemasan
- q) Gangguan kognitif
- r) Keengganan melakukan pergerakan
- s) Gangguan sensori persepsi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
1. Nyeri saat bergerak	1. Sendi kaku

2. Enggan melakukan pergerakan	2. Gerakan tidak terkoordinasi
3. Merasa cemas saat bergerak	3. Gerakan terbatas
	4. Fisik lemah

3) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

- a) Gangguan muskuloskeletal
- b) Gangguan neuromuskular
- c) Kelemahan
- d) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- e) Penurunan motivasi minat

Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

4) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

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

Penyebab :

- a) Ketidakmampuan menalar makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- d) Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)
- e) Faktor psikologis (mis. Stresss, keengganan untuk makan)

Kondisi Klinis Terkait :

- a) Stroke
- b) Parkinson
- c) Mobius Syndrome
- d) Cerebral palsy
- e) Cleft lip
- f) Cleft palate
- g) Amyotrophic lateral sclerosis
- h) Kerusakan neuromuskular
- i) Luka bakar
- j) Kanker,
- k) Infeksi
- l) AIDS
- m) Penyakit Crohn's

- n) Enterokolitis
- o) Fibrosis kistik

5) 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 neuromaskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskulusekelestial
- 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, ketidak sesuaian budaya, bahasa asing).

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Tidak mampu berbicara atau mendengar

2. Menunjukkan respon tidak sesuai	
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 14. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah dan tubuh 15. Sulit menyudun kalimat 16. Verbalisasi tidak tepat 17. Sulit mengungkapkan kata-kata 18. Disorientasi orang, ruang, waktu

19. Defisit penglihatan
20. Delusi

6) Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)

Penyebab :

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan penghiduan
- d) Gangguan perabaan

Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda 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 mandiri

8. Bicara sendiri

7) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040)

Penyebab :

- a) Iritasi kandung kemih
- b) Penurunan kemampuan menyadari tanda –tanda gangguan
- c) Efek tindakan medis dan diagnostic
- d) Kelemahan otot pelvis
- e) Ketidakmampuan mengakses toilet
- f) Hambatan lingkungan Ketidakmampuan mengakses toilet
- g) Hambatan lingkungan
- h) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- i) Outlet kandung kemih tidak lengkap
- j) Imaturitas

Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien. Rencana asuhan keperawatan yang akan disusun harus mempunyai beberapa komponen, yaitu prioritas masalah, kriteria hasil, rencana intervensi, dan pendokumentasian (Baringbing, 2023). Menurut PPNI (2018), intervensi dari diagnose CVA diatas adalah :

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 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 pasien 7. Monitor tanda-tanda vital 8. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur 9. Pertahankan pasien 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 pasien 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 pasien semenimal mungkin 15. Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction	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 menghambat aliran darah otak gangguan otak, murmur dapat terjadi pada gangguan jantung

-
- | | |
|--|---|
| <p>dan suction tidak lebih dari 15 detik</p> <p>16. Monitor AGD, PaCO₂ antara 35-45mmHg dan PaO₂>80 mmHg</p> <p>17. Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping</p> <p>18. Bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostic</p> | <p>9. Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali</p> <p>10. Memfasilitasi drainasi vena dari otak</p> <p>11. Dapa meningkatkan tekanan intracranial</p> <p>12. Suhu tubuh yang meningkat akan meningkatkan aliran darah ke otak sehingga meningkatkan TIK</p> <p>13. Kejang dapat terjadi akibat iritasi serebral dan keadaan kejang.</p> <p>14. Menimalkan stimulus sehingga menurunkan TIK</p> <p>15. Mempertahankan adekuatnya oksigen, suction, dapat meningkatkan TIK</p> <p>16. Karbondioksida menimbulkan vasolilatasi, adekuatnya oksigen sangat penting dalam mempertahankan metabolisme otak</p> |
|--|---|
-

						17. Meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah kloting 18. Pasien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut
2.	Gangguan Berhubungan himeperise/hemiplegia (D.0054)	Mobilitas	Fisik dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 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 2. Mempertahankan kekuatan/fungsi tubuh secara optimal 3. Mendemonstrasikan teknik/perilaku melakukan aktivitas 4. Mempertahankan integritas kulit 5. Kebutuhan ADL terpenuhimeningkatkan mobilitas	1. Kaji kemampuan motorik 2. Ajarkan pasien 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
3.	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan neuromaskular (D.0109)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam terjadi prilaku 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, mengidentifikasikan 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. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 8. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi : 9. 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 menciptakan suasana yang kenyamanan terhadap klien 5. Untuk memudahkan melakukan perawatan diri 6. Dengan adanya dukungan dari keluarga maka klien merasa senang 7. Untuk melatih kemampuan klien dalam perawatan diri
4.	Resiko defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dan mengunyah (D.0032)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien mampu memenuhi kebutuhan nutrisi. Dengan kriteria hasil : 1. Intake makanan adekuat	Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi makanan yang disukai 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 4. Monitor berat badan	1. Untuk mengetahui status nutrisi 2. Untuk mengetahui makanan apa yang disukai

		2. Kekuatan otot pengunyah meningkat 3. Kekuatan oto menelan meningkat 4. Anemis tidak ada 5. Berat badan ideal 6. Tanda tanda vital normal 7. Hb dan tanda albumin normal 8. Lingkar klien normal	5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik : 6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 7. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 8. Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori Edukasi : 9. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 10. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : 11. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu	3. Untuk mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 4. Untuk mengetahui perkembangan berat badan sebelum sakit dan sesudah sakit 5. Untuk mengetahui ada tidaknya kelainan dalam hasil laboratorium 6. Untuk menjaga kebersihan mulut 7. Untuk mencegah konstipasi 8. Untuk mencegah tersedak saat makan 9. Untuk memudahkan pasien makan 10. Agar pasien memahami diet yang sedang dijalani saat ini 11. Untuk menentukan asupan kalori yang diperlukan dan untuk mempertahankan berat badan yang sudah ditentukan
5.	Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan kemampuan berbicara membaik dengan kriteria hasil : 1. Mampu menggunakan metode komunikasi yang	1. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara 2. Pertahankan kontak mata dengan pasien saat berkomunikasi 3. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi	1. Mengidentifikasi masalah komunikasi karena gangguan bicara atau gangguan bahasa 2. Pasien dapat memperhatikan ekspresi dan gerakan bibir lawan

		efektif baik verbal maupun non verbal 2. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar 3. Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain	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	bicara sehingga dapat mudah menginterpretasikan 3. Membantu menciptakan komunikasi yang efektif 4. Memudahkan penerimaan pasien 5. Dengan membaiknya bicara percaya diri akan meningkatkan dan meningkatkan motivasi untuk memperbaiki bicara 6. Menunjukkan adanya respon dan rasa empati terhadap pasien 7. Penanganan lebih lanjut dengan teknik khusus
6.	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 hariain	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

			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 11. Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus 12. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu	5. Supaya klien mempunyai kegiatan dan aktivitas setiap hari 6. Untuk mengatasi gangguan persepsi sensori yang dialami klien dengan pemberian obat rutin
7.	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. Sensasi berkemih meningkat 2. Pola BAK normal 3. Frekuensi BAK membaik 4. Klien dapat berkomunikasi sebelum BAK 5. Kulit bersih dan kering 6. Terhindar dari infeksi	Observasi : 1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinesia urine 2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinesia 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 :	1. Untuk mengetahui tanda dan gejala retensi atau inkontinesia urine 2. Untuk mengetahui faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinesia urine 3. Untuk mengetahui frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna urin Supaya mengetahui tanda dan gejala infeksi saluran kemih 4. Untuk mengetahui waktu-waktu saat berkemih

-
6. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih
 7. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
 8. Ajarkan terapi modalitas penguatan otot -otot panggul/berkemih
 9. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi

Kolaborasi :

10. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra,jika perlu
-

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 koping. 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).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

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

Metode penelitian merupakan cara memecahkan masalah berdasarkan keilmuan (Nursalam, 2017). Bab ini akan menguraikan metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah yang ditetapkan antara lain rancangan penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, prosedur pengumpulan data, uji keabsahan data, analisa data. Metode pada penelitian diskripsi kualitatif ini meliputi : wawancara, observasi langsung, dan studi dokumentasi.

3.1 Desain/Rancangan 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 study kasus. Study 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 postpositivisme 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 Klien Dengan CVA (Cerebral Vascular Accident) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek secara komprehensif 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,2014).

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah atau definisi operasional adalah mendefinisikan variable secara operasional berdsarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat 2010). Asuhan keperawatan pada klien yang mengalami CVA adalah keperawatan dari proses kegiatan dengan cara memberikan perawatan pada klien, dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia. Berpegang pada standar keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnose keperawatan, perencana (intervensi), pelaksanaan (implementasi), evaluasi secara komprehensif. Batasan istilah pada studi kasus ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan pada Klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) di Ruang Unit Stroke RSUD Dr.Soedomo Kabupaten Trenggalek dengan diagnosa CVA *infark* dengan kesadaran composmentis tanpa penyakit penyerta lainnya. Penelitian ini menggunakan variabel penelitian deskriptif kualitatif.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan subyek yang mempunyai variabel tertentu yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari setiap keputusan yang telah diambil untuk tercapainya tujuan yang telah ditentukan (Sugiyono, 2015). Partisipan merupakan seseorang yang diteliti atau pihak- pihak yang dijadikan subyek dalam penelitian. Batasan waktu partisipan 3 hari perawatan. Partisipan yang digunakan dalam penelitian ini adalah Tn.S, dengan kriteria:

- 1) Klien dengan kasus CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* tanpa penyakit penyerta.
- 2) Klien yang kooperatif.
- 3) Bersedia menjadi partisipan.
- 4) Klien dalam keadaan sadar penuh (*composmentis*)
- 5) Klien bersedia memberikan seluruh informasi yang diperlukan.
- 6) Klien dengan perawatan 3 hari

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi Pengambilan Data

Lokasi pengambilan data Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan CVA (*Cerebral Vascular Accident*) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.4.2 Waktu Pelaksanaan

Waktu pelaksanaan pengambilan data atau kasus pada penelitian ini pada tanggal 10 Maret sampai 12 Maret 2025.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan/Instrumen

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan beberapa alat bantu, yaitu format pengkajian asuhan Keperawatan Medikal Bedah atau chek list, pedoman observasi, pengukuran dengan alat nursing kit (stetoskop, tensi meter, hammer, pen light, termometer, midline), dan timbang 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 Metode Pengumpulan Data

Instrument dan metode pengumpulan data sebenarnya sama halnya dengan evaluasi data, sebab setelah kita memperoleh data maka perlu dilakukan perbandingan data yang telah didapat dengan standart yang telah ditentukan (Saryono, 2013). Metode pengumpulan data yang digunakan berupa wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi) dan studi dokumentasi.

1) Wawancara

Metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari responden atau bercakap – cakap berhadapan muka dengan responden

2) Pengamatan (Observasi)

a) Pengamatan Terlibat (observasi partisipasif)

Pengamat atau peneliti benar mengambil bagian didalam kegiatan yang dilakukan dengan kata lain pengamat ikut aktif berpartisipasi pada aktivitas yang telah diselidiki.

b) Pengamat Sistematis

Pengamat yang mempunyai kerangka atau struktur yang jelas.

Pada umumnya observasi sistematis ini didahului suatu observasi pendahuluan yakni dengan observasi partisipasif.

c) Observasi Eksperimental

Dalam observasi ini dimasukkan dalam kondisi dan situasi tertentu.

3.5.3 Prosedure Pengumpulan Data

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

1) Tahap persiapan

(1) Mendapat surat pengantar ijin penelitian dari Ketua Prodi D-3

Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek yang diterbitkan pada tanggal 18 Februari 2025 dengan nomor SK: **DP.04.03/F.XIII.15.5/51/2025.**

(2) Mendapat persetujuan ijin penelitian dari lokasi tempat

melakukan asuhan keperawatan yaitu direktur RSUD dr.

Soedomo Trenggalek dengan surat pengantar dari Ketua Prodi D-3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, surat persetujuan melakukan penelitian diterbitkan pada tanggal 4 Maret 2025 dengan nomor **SK: 000.9/67/406.010.001/18.00/2025**. Setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Prodi D-3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, peneliti bekerja sama dengan CI (Clinical Instructure) ruangan dan perawatan untuk memperoleh informasi dari tempat pengambilan kasus mengenai calon partisipan (klien).

2) Tahap Kontrak

Jika sudah mendapatkan klien dengan CVA kemudian peneliti mengobservasi keadaan klien tersebut. Dalam Karya Tulis Ilmiah ini klien adalah orang yang menderita CVA dalam tahap pengobatan. Kemudian peneliti memberikan penjelasan kepada responden, dalam hal ini klien dan keluarga tentang tujuan penelitian dan karena responden berkenan, responden dipersilahkan untuk menandatangani informed consent. Apabila responden tidak bersedia menjadi responden maka peneliti tetap menghormati keputusan itu. Dan mencari responden yang lain yang bersedia untuk menjadi responden penelitian.

3) Tahap Pelaksanaan

Peneliti datang ketempat partisipan yang bersedia menandatangani informed consent serta melihat kesiapan responden melakukan pengkajian. Pengkajian dimulai dengan membangun hubungan saling percaya dengan responden. Untuk itu peneliti melakukan perkenalan dengan responden sekaligus untuk pengumpulan data demografi. Kemudian peneliti melakukan pengkajian sesuai dengan pertanyaan yang telah disusun dalam pedoman wawancara (Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah) dan dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik per sistem menggunakan alat seperti thermometer, stetoskope, jam tangan, pen light, timbang berat badan, dan midline. Kemudian hasilnya didokumentasikan dengan cara membaca format pengkajian, hasil pemeriksaan fisik. Selain itu bisa digabungkan dengan dokumen rawat inap klien. Setelah pemeriksaan fisik dilakukan. Kegiatan pengkajian diakhiri pada saat informasi yang dibutuhkan telah diperoleh. 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.

4) Tahap Penutup

Peneliti mengakiri penelitian dengan validasi hasil yang telah ditemukan peneliti kepada semua partisipan. Peneliti mengatakan

bahwa penelitian sudah berakhir dan mengucapkan terimakasih pada partisipan. Peneliti menghadap ke bagian administrasi RSUD Dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek untuk menyelesaikan pembayaran biaya penelitian sesuai dengan peraturan daerah yang berlaku.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksud untuk memperoleh tingkat kepercayaan yang berkaitan dengan seberapa jauh kebenaran hasil penelitian, mengungkapkan dan memperjelas data dengan fakta – fakta aktual di lapangan. Keabsahan data pada Karya Tulis Ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (Credibility), keteralihan (Transferability), kebergantungan (Dependability) dan kepastian (Confirmability) (Sugiyono, 2015).

1) Credibility (Kepercayaan)

Credibility bermakna kebenaran atau kepercayaan hasil yang mengindikasikan kenyataan yang sesungguhnya terjadi. Kredibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan klien sesuai dengan masalah, pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah – langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai tahapan asuhan keperawatan.

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) Dependability (kebergantungan)

Dependability merupakan 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.

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 seminar hasil untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data klien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisa Data

Menurut (Mudjiarahardjo dalam buku V. Wiratna Sujarweni) analisis data adalah sebuah kegiatan untuk mengatur, mengurutkan, mengelompokkan, memberi kode atau tanda, dan mengkategorikannya sehingga diperoleh suatu temuan berdasarkan fokus atau masalah yang ingin dijawab. Prinsip analisis studi kasus merupakan 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 diagnose medis CVA(*Cerebro Vaskular Accident*) *Infark* Di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek mengikuti tahapan analisa data mulai dari proses mencari, menyusun dan menganalisa secara sistematis. Penejelasan tahapan analisis data pada penelitian ini yaitu sebagai berikut :

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 pemerikaan persistem dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi menggunakan stetoskop.

2) Tahap Menyusun

Peneliti menyusun data dari anamnesis dan pengkajian yang dimulai dari analisa data, menentukan diagnose, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melakukan tindakan yang telah direncanakan, mengevaluasi dan mencatat perkembangan klien.

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 KTI harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

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 persetujuan dari klien yang diberikan dengan bebas dan rasional, setelah mendapatkan informasi dari dokter dan sudah dimengerti oleh klien (Pakendek, 2012).

2) Confidentially (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan 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, 2008).

3) Anonymity (Tanpa Nama)

Masalah etika keperawatan merupakan 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, 2008).

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 kedalam 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 pasien. Berdasarkan dari hasil pengambilan kasus yang dilakukan pada 1 orang klien, Tn. "S" dengan *CVA Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek pada 10 Maret 2025 sampai tanggal 12 Maret 2025.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas umum

Tabel 4.1 Identitas Umum

Nama	Tn.S
Jenis Kelamin	Laki-laki
Umur	74 tahun
Suku/ bangsa	Jawa
Agama	Islam
Pendidikan terakhir	SD
Pekerjaan	Petani
Alamat	Sumberingin Karang, Trenggalek
Status Perkawinan	Cerai mati
Tgl masuk/ Jam masuk	9 Maret 2025 jam 15.30 WIB
Ruang / Kelas	Unit Stroke/ III
Tgl Pengkajian/Jam Pengkajian	10 Maret 2025 jam 08.00 WIB

1) Diagnosa Medis : *CVA Infark*

2) Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Keluhan Utama	Saat MRS : Klien mengatakan saat bangun dari tempat tidur dan ingin berdiri terasa sempoyongan kepalanya terasa pusing Saat Pengkajian : Klien mengatakan mengeluh kepalanya terasa pusing
Riwayat Sekarang	Penyakit Keluarga klien mengatakan, pada tanggal 9 Maret 2025 sekitar pukul 05.00 WIB pagi saat setelah sholat subuh dirumahnya klien mengeluh kepalanya pusing, lalu beberapa jam kemudian pada saat bangun dari tempat tidur tiba-tiba tubuh terasa sempoyongan, tangan dan kaki kiri terasa lemas saat digerakkan dan bicarapun sedikit sulit. Kemudian pada pukul 13.00 WIB klien dibawa keluarganya ke IGD RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Kemudian pada pukul 15.30 WIB klien di pindah ke Ruang Unit Stroke. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 10 Maret 2025 pukul 08.00 WIB klien mengatakan tangan dan kaki kiri masih lemas dan terasa berat, klien juga

mengeluh kepalanya terasa pusing dan bicara klien sedikit cedal.

P : Klien merasa pusing

Q : Klien merasa pusing cenut-cenut

R : Klien merasa pusing di kepala bagian depan

S : Pusing terasa berat

T : Pusing terasa sewaktu-waktu

TTV

TD : 183/103 mmHg

N : 103x/ menit

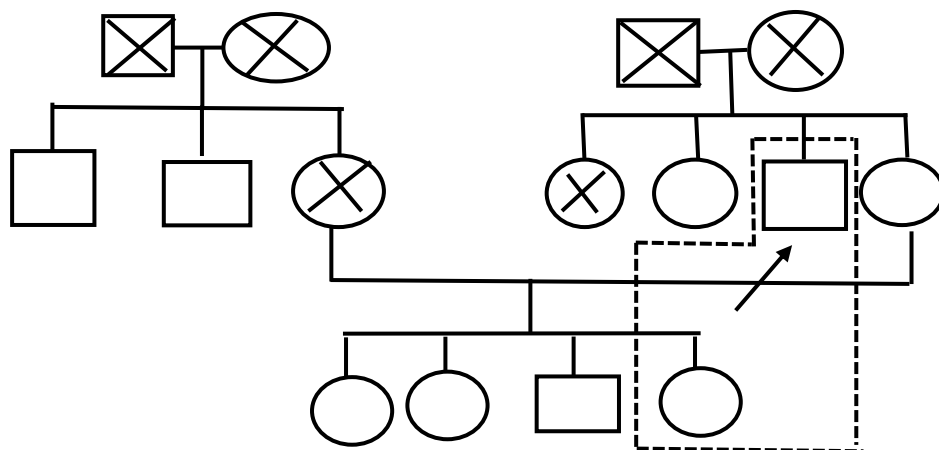
S : 36,5°C

RR : 20x/ menit

SP02 : 99%

Riwayat Penyakit Dahulu	Klien mengatakan mempunyai Riwayat Hipertensi sejak 3 tahun yang lalu. Klien mengatakan control dan minum obat secara rutin di puskesmas terdekat.
Riwayat Keluarga	Klien mengatakan ada anggota keluarga yang memiliki penyakit seperti beliau.

Genogram :



Keterangan :



: Laki-laki



: Perempuan



: Meninggal Dunia



: Pasien



: Tinggal Serumah

3) Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

No.	Aktivitas	Di rumah	Di RS
1.	Makan dan Minum	Klien mengatakan makan 3x sehari Pagi: pukul 07.00 Siang: pukul 12.00 Malam: pukul 18.00 dengan jenis makanan nasi yang tidak panas, sayur dan lauk. Porsi makan dihabiskan.	Klien mengatakan, selama di rumah sakit klien makan 1x Pagi: pukul 06.00 Makan yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi, lauk, sayur, buah. Klien mengatakan menghabiskan setengah porsi makanan yang diberikan.
	Makan	Klien mengatakan makan 3x sehari Pagi: pukul 07.00 Siang: pukul 12.00 Malam: pukul 18.00 dengan jenis makanan nasi yang tidak panas, sayur dan lauk. Porsi makan dihabiskan.	Klien mengatakan, selama di rumah sakit klien makan 1x Pagi: pukul 06.00 Makan yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi, lauk, sayur, buah. Klien mengatakan menghabiskan setengah porsi makanan yang diberikan.
	Minum	Klien mengatakan minum air putih $\pm$ 1,5 liter / hari.	Klien mengatakan selama di rumah sakit, minum air putih $\pm$ 1 liter (1 aqua tanggung).
2.	Pola Eliminasi BAB	Klien mengatakan saat dirumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning.	Klien mengatakan selama di rumah sakit belum BAB.
	BAK	Klien mengatakan BAK 4-5x sehari dengan warna BAK kekuningan dengan bau khas urine	Klien mengatakan selama dirumah sakit klien BAK sering $\pm$ 5-6x sehari menggunakan pispot dibantu oleh keluarga, dengan warna kekuningan dan bau khas urine.
3.	Pola Istirahat/Tidur	Klien mengatakan saat dirumah klien tidur malam pukul 21. 00 WIB dan bangun pukul 04.30 WIB. Klien mengatakan jarang tidur siang.	Klien mengatakan selama dirumah sakit, klien sering terbangun saat tidur karena kepala yang sedikit pusing. Klien mengatakan tidur malam pukul 21.00 WIB.

4. Kebersihan Diri	Klien mengatakan saat dirumah 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 pagi dibantu oleh keluarga. Keluarga mengatakan selama dirumah sakit klien belum sikat gigi hanya berkumur dengan listerine setelah makan. Selain itu klien selama dirumah sakit belum keramas.
--------------------	---	---

4) Riwayat Psikososial

a) Konsep Diri

Tabel 4.4 Konsep Diri

Citra Diri	Klien merasa tidak nyaman dengan kondisinya saat ini.
Ideal Diri	Klien optimis bisa sembuh dari kondisi yang di derita saat ini.
Harga Diri	Klien saat sakit jarang berkumpul dengan tetangga.
Peran	Klien berperan sebagai seorang ayah dan kakek
Identitas Diri	Klien bernama Tn.S berusia 74 tahun, jenis kelamin laki-laki, ia sebagai seorang ayah dari anaknya dan seorang kakek dari cucu-cucunya, ia tinggal di Sumberingin, Karangan.

b) Pola Peran Hubungan Dengan Orang Lain

Klien mengatakan klien berhubungan baik dengan keluarga dan orang lain.

c) Pola Seksual

Klien mengatakan istrinya sudah meninggal 5 tahun yang lalu dan seorang ayah yang memiliki 4 orang anak. 3 orang anak perempuan dan 1 orang anak laki-laki.

d) Pola Mekanisme Koping

Klien mengatakan apabila ada masalah klien selalu cerita ke anak-anaknya untuk mencari jalan keluarnya.

e) Pola Kognisi dan Persepsi Sensori

Tabel 4.5 Pola Kognisi dan Persepsi Sensori

Status Mental	Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik
Bahasa yang Digunakan	Klien menggunakan Bahasa Jawa
Kemampuan Bicara	Bicara klien sedikit sulit (disartria)
Kemampuan membaca	Klien dapat membaca tulisan
Pendengaran	Fungsi pendengaran klien sedikit berkurang, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran
Pengetahuan Pasien Tentang Penyakit	Klien mengatakan paham mengenai penyakit yang dideritanya
Persepsi Tentang Penyakit	Klien mengatakan penyakitnya timbul karena sudah takdir dari Allah SWT.

f) Pola Keyakinan dan Nilai

Klien beragama Islam, sebelum sakit klien melakukan kegiatan keagamaan seperti yasinan, klien tertib sholat 5 waktu. Saat di rawat di Rumah Sakit klien berdoa kepada Allah SWT agar segera sembuh.

5) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	
a. Keadaan Umum	Keadaan umum lemah. Kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6, ekstremitas sinistra lemah. Terpasang infus di tangan kanan.
b. Tanda-tanda vital	TD : 183/103 mmHg N : 103x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SP02 : 99%
c. Pemeriksaan kepala dan leher	
1. Kepala dan Rambut	Inspeksi : Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut putih merata karena uban, 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. 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, bicara cedal, sulit berbicara.
6. Leher	Inspeksi : Tidak ada pembesaran vena jugularis. Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
d. Pemeriksaan Integumen	Inspeksi : Kulit tampak lembab, tidak terdapat lesi.

	Palpasi : Turgor kulit kembali <3 detik, akral hangat, CRT <3 detik, suhu tubuh 36,5 °C				
e. Pemeriksaan dada/ thorax 1. Pemeriksaan Jantung 2. Pemeriksaan Paru	Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat Palpasi : ictus cordis teraba di ICS 5, frekuensi nadi 103x/menit Perkusi : suara jantung pekak Auskultasi : bunyi jantung lup dup 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 bewarna kecoklatan Palpasi : tidak teraba adanya benjolan				
g. Abdomen	Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak adan benjolan, tidak ada <i>lesi</i>. Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak terdapat massa, tidak ada pembesaran hepar. Perkusi : terdengar suara <i>Thympani</i> Auskultasi : bising usus terdegar 8x/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, rentang gerak (ROM) klien menurun, klien mengalami keterbatasan melakukan aktivitas akral teraba hangat, ekstremitas sinistra lemah, kekuatan otot,				
	<table> <tr> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </table> Nilai 5 : kekuatan otot penuh Nilai 2: otot dapat berkontraksi, tetapi tidak dapat sepenuhnya menggerakkan bagian tubuh melawan gravitasi (Misalnya menggeser dipermukaan datar)	5	2	5	2
5	2				
5	2				

j. Pemeriksaan Neurologis	<i>Reflek Fisiologis:</i> - <i>Trisep</i> (+) (-) - <i>Bisep</i> (+) (-) - <i>Patella</i> (+) (-) <i>Reflek Patologis :</i> - <i>Babinski</i> (-) (+) - <i>Chaddock</i> (-) (+)
Kemampuan Sensorik	Sensasi Nyeri (+) Sensasi Panas dan Dingin (+) Penciuman (+)
Kemampuan Motorik	<i>Hemiparesis</i> pada bagian kiri
k. Nervus Cranialis	1. Olfactorius : Penciuman klien baik, klien mampu mencium bau makanan dan bau minyak kayu putih. 2. Opticus : klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata, klien dapat melihat tulisan pada dinding. 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, bibir klien tampak tidak simetris ketika tersenyum. 8. Vestibulocochlear : Fungsi pendengaran klien sedikit berkurang 9. Glasofaringeus : klien mengalami kesulitan bicara (cedal), klien masih mampu membedakan rasa makanan. 10. Vagus : klien saat makan tidak mengalami kesulitan menelan makanan

-
11. Aksesorius : klien mampu
menggerakan kepala dan
bahu sebelah kanan
12. Hipoglosus : klien mampu
menjulurkan lidah hanya
sedikit
-

6) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan darah lengkap

Tabel 4.7 Pemeriksaan darah lengkap

Tanggal pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Rentang Nilai
09 Maret 2025	Hemoglobin	13.5	g/dL	13.5-18.0
	Hematokrit	44.7	%	42.0-51.0
	Lekosit	14.8	$10^3/uL$	4.0-10.5
	Trombosit	189	$10^3/uL$	150-450
	Eritrosit	5.50	Juta/uL	3.50-4.76
	MCV	81.3	fL	78.0-100.0
	MCH	24.5	pg	31.0-37.0
	MCHC	30.2	g/dL	37.0-54.0
	RDW	14.7	%	11.0-16.0
	PDW	13.0	fL	9.0-17.0
	MPV	10.2	fL	8.0-11.0
	Neu%	79.4	%	37.0-72.0
	Lym%	10.4	%	15.0-50.0
	Mxd%	10.2	%	0.0-14.0
	Neu#	11.8	$10^3/uL$	1.5-6.6
	Lym#	1.5	$10^3/uL$	1.5-3.5
	Mxd#	1.5	$10^3/uL$	<1.0
	Glukosa Darah	173	mg/dL	<180.0

b) CT Scan kepala tanpa kontras (09/3/2025) jam 14.23 WIB

- (1) *Sub acute-Chronic ischemic cerebral infarction* di periventrikular lateralis et deep temporalis bilateral
- (2) Tak nampak lesi hiperdense berdensitas darah di brain parenchyma
- (3) *Ateroklerosis* MCA et vertebralis bilateral

Keterangan :

Pada hasil CT Scan *Sub acute-Chronic ischemic cerebral infarction* di periventrikular lateralis et deep temporalis bilateral mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis, terutama yang terkait dengan fungsi sensorik dan motorik pada nervus fasialis (VII), nervus vestibulococlearis (VIII) dan nervus glasofaringeus (IX).

c) Thorax PA/AP (09/3/2025) jam 10.01 WIB

- (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

- Pulmo congestif
- Elongsi aorta
- Cor Prominent

d) Kimia Klinik (09-03-2025)

Tabel 4.8 Kimia Klinik			
Tes	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
SGOT	18.2	u/L	10.0-40.0
SGPT	14.9	u/L	10.0-55.0
UREUM	14.7	mg/dL	15.0-45.0
CREATININ	1.0	mg/dL	0.9-1.3

e) Pemeriksaa ECG (09-03-2025)

Vent rata 114 bpm

PR interval 146 ms

QRS duration 86m

QT/QTc Interval 312/407 ms

P/QRS/T Axes 23/47/67 deg

Hasil : Inter pretation made without knowing patient's gender lage ST
junctional depression is nonspecific Borderlin ECG

7) Penatalaksanaan (Terapi/ Pengobatan)

Tabel 4.9 Penatalaksanaan		
Penatalaksanaan	Obat-obatan	Rute
10 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x250 mg	Intravena
11 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x250 mg	Intravena
12 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x250 mg	Intravena

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.10 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Ds : 1) Klien mengatakan kepala terasa pusing, pusing terasa cenut-cenut di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu-waktu Do : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran compos mentis GCS 4-5-6 3) Skala pusing berat 4) Akral teraba hangat 5) CRT < 3 detik 6) Turgor kulit kembali <3 detik 7) TTV TD : 183/103 mmHg N : 103 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit SPO2 : 99% 8) Hasil CT Scan Kesimpulan a) <i>Sub acute-Chronic ischemic cerebral infarction</i> di periventrikular lateralis et deep temporalis bilateral dan <i>cerebellum</i> kanan b) Tak nampak lesi hiperdense berdensitas darah di brain parenchyma c) <i>Ateroklerosis</i> MCA et vertebralis bilateral	Gangguan perfusi jaringan cerebral	Defisit Neurologis ↓ TIK meningkat ↓ Desak ruang foramen otak ↓ Peningkatan tekanan <i>vascular cerebral</i>
2.	Ds : 1) Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemas dan berat saat digerakkan Do : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran compos mentis GCS 4-5-6 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas 4) <i>Reflek Fisiologis</i>: Trisep (+) (-) -Bisep (+) (-) -Patella (+) (-) <i>Reflek Patologis</i> :	Gangguan Mobilitas Fisik	Defisit neurologis ↓ Kehilangan control volunter ↓ Himiplegi dan hemiparesis

		-Babinski (-) (+) -Chaddock (-) (+)	
	5)	Kekuatan otot menurun $\begin{array}{c c} 5 & 2 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$	
	6)	Rentang gerak (ROM) menurun	
	7)	TTV TD : 183/103mmHg N : 103 x/menit S : 36,5 °C RR : 20x/menit SPO2 : 99%	
3.	Ds:		Gangguan Komunikasi Verbal
	1)	Klien mengatakan bicara sedikit sulit	
	Do :		Defisit Neurologis ↓
	1)	Keadaan umum lemah	
	2)	Kesadaran compos mentis GCS 4-5-6	Disfungsi bahasa dan komunikasi ↓
	3)	Klien sedikit sulit berbicara (disartria)	Disartria
	4)	TTV TD : 183/103mmHg N : 103x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit SPO2 : 99%	

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda tangan
1.	10-03-2025	Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis ditandai dengan Ds: 1) Klien mengatakan kepala terasa pusing, pusing terasa cenut-cenut di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu-waktu Do : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran compos mentis GCS 4-5-6 3) Skala pusing berat 4) Akral teraba hangat 5) CRT < 3 detik 6) Turgor kulit kembali <3 detik 7) TTV TD : 183/103 mmHg N : 103 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit SPO2 : 99% 8) Hasil CT Scan Kesimpulan a) <i>Sub acute-Chronic ischemic cerebral infarction</i> di periventrikular lateralis et deep temporalis bilateral dan <i>cerebellum</i> kanan b) Tak nampak lesi hiperdense berdensitas darah di brain parenchyma c) <i>Ateroklerosis</i> MCA et vertebralis bilateral	12-03-2025	

2.	10-03-2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan Ds : 1) Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah terasa lemas dan berat saat digerakkan Do : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran compos mentis GCS 4-5-6 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas 4) <i>Reflek Fisiologis</i> : Trisep (+) (-) -Bisep (+) (-) -Patella (+) (-) Reflek Patologis : -Babinski (-) (+) -Chaddock (-) (+) 5) Kekuatan otot menurun <table><tr><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>2</td></tr></table> 6) Rentang gerak (ROM) menurun 7) TTV TD : 183/103 mmHg N : 103 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit SPO2 : 99%	5	2	5	2	12-03-2025	
5	2							
5	2							
3.	10-03-2025	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria ditandai dengan Ds : 1) Klien mengatakan bicara sedikit sulit Do : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran compos mentis GCS 4-5-6 3) Klien sedikit sulit berbicara (disartria) 4) TTV TD : 183/103 mmHg N : 103 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit SPO2 : 99%	12-03-2025					

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.12 Intervensi Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasionalisasi
1.	10-03-2025	Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 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 pasien 7. Monitor tanda-tanda vital 8. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur 9. Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung,	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

	atur waktu istirahat dan aktivitas	gangguan otak, murmur dapat terjadi pada gangguan jantung
	10. Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk/ fleksi	9. Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali
	11. Anjurkan pasien untuk tidak menekuk lututnya, batuk, bersin, feses yang keras atau mengejan	10. Memfasilitasi drainasi vena dari otak
	12. Pertahankan suhu normal	11. Dapa meningkatkan tekanan intracranial
	13. Monitor kejang dan berikan obat anti kejang	12. Suhu tubuh yang meningkat akan meningkatkan aliran darah ke otak sehingga meningkatkan TIK
	14. Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas pasien semenimal mungkin	13. Kejang dapat terjadi akibat iritasi serebral dan keadaan kejang.
	15. Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik	14. Menimalkan stimulus sehingga menurunkan TIK
		15. Mempertahankan adekuatnya oksigen, suction, dapat meningkatkan TIK
		16. Karbondioksida menimbulkan vasolilatasi, adekuatnya oksigen sangat penting

				16. Monitor AGD, PaCO ₂ antara 35-45mmHg dan PaO ₂ >80 mmHg 17. Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping 18. Bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostic	dalam mempertahankan metabolisme otak 17. Meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah kloting 18. Pasien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut.
2.	10-03-2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 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 2. Mempertahankan kekuatan/ fungsi tubuh secara optimal 3. Mendemonstrasikan teknik/ perilaku melakukan aktivitas 4. Mempertahankan integritas kulit	1. Kaji kemampuan motorik 2. Ajarkan pasien untuk melakukan ROM minimal 3x perhari bila mungkin 3. Anjurkan keluarga untuk mengubah posisi (miring kanan miring kiri) setiap 2 jam sekali 4. Observasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema atau tanda lain gangguan sirkulasi 5. Inspeksi kulit terutama pada	10. Mengidentifikasi kekuatan otot, kelemahan motoric 11. Latihan ROM meningkatkan massa tonus, kekuatan otot, perbaikan fungsi jantung dan pernafasan 12. Mencegah footdrop, mencegah kontraktur fleksi bahu, mencegah edema dan kontraktur fleksi pada pergelangan 13. Daerah yang tertekan mudah sekali terjadi trauma 14. Membantu mencegah kerusakan kulit 15. Membantu memperlancar sirkulasi darah

			5. Kebutuhan ADL terpenuhi	daerah tertekan, beri bantalan lunak	16. Mengembangkan program khusus
				6. Lakukan massage pada daerah tertekan	17. Membantu memulihkan kekuatan otot dan meningkatkan control volunter
				7. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi	18. Mencegah adanya luka pada daerah yang tertekan
				8. Kolaborasi stimulasi elektrik	
				9. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur anti dekubitus	
3.	10-03-2025	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disatria	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 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 kotak mata dengan pasien saat berkomunikasi 3. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi 4. Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh	1. Mengidentifikasi masalah komunikasi karena gangguan bicara atau gangguan bahasa 2. Pasien dapat memperhatikan ekspresi dan gerakan bibir lawan bicara sehingga dapat mudah menginterpretasikan 3. Membantu menciptakan komunikasi yang efektif 4. Memudahkan penerimaan pasien 5. Dengan membaiknya bicara percaya diri akan meningkatkan dan meningkatkan motivasi

-
- | | |
|--|--|
| 5. Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara | untuk memperbaiki bicara |
| 6. Berikan respon terhadap perilaku non verbal | 6. Menunjukkan adanya respon dan rasa empati terhadap pasien |
| 7. Konsultasikan dengan terapis wicara | 7. Penanganan lebih lanjut dengan teknik khusus |
-

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.13 Implementasi Keperawatan

No	Hari, Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tindakan/Implementasi	TTD
10 Maret 2025				
1.	09.00	Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis	1) Membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga. (memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga menjelaskan maksud dan tujuan setiap kali melakukan tindakan dan klien menandatangani lembar inform consent).	
	09.05		2) Mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK : Klien mengatakan kepala terasa pusing, pusing terasa cunat-cunat di kepala bagian depan, skala pusing berat dan pusing terasa sewaktu-waktu	
	09.10		3) Mengkaji kesadaran klien: kesadaran compos mentis GCS 4-5-6	
	09.15		7) Memonitor TTV: TD : 183/103 mmHg N : 103 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit SPO2 : 99% CRT <3 detik Turgor kulit kembali <3 detik	
	09.20		9) Mempertahankan klien untuk bedrest, memberikan lingkungan tenang dengan membatasi pengunjung dan meminimalisir barang bawaan keluarga klien	
	09.25		10) Mempertahankan kepala tempat tidur klien 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk	
	09.30		11) Menganjurkan klien untuk tidak menekuk lututnya, batuk, bersin, fese yang keras atau mengejan	
	09.35		12) Mempertahankan suhu normal (Jika klien merasa dingin dengan	

			menganjurkan untuk memakai selimut, jika klien merasa panas menganjurkan untuk kompres hangat).				
09.40			17) Memberikan obat sesuai program: Citicolin 2x250 mg				
13.30			7) Memonitor TTV TD : 176/98 mmHg N : 92 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit SPO2 : 99% CRT <3 detik Turgor kulit kembali <3 detik				
2.	09.20	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	1) Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot. Kekuatan otot : <table><tr><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>2</td></tr></table>	5	2	5	2
5	2						
5	2						
	09.25		2) Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada <i>ekstremitas</i> kiri yang mengalami kelemahan, seperti menekuk tangan dan kaki, menggenggam dan melebarkan jari-jari tangan dan kaki				
	09.30		3) Membantu klien dan menganjurkan keluarga dengan mengubah posisi sendi (miring kanan miring kiri) setiap 2 jam sekali				
	09.40		4) Mengkaji daerah yang tertekan termasuk warna, edema atau tanda lain gangguan sirkulasi				
	09.50		5) Menginspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, dan memberikan bantalan lunak				
	10.00		6) Melakukan massage pada daerah yang tertekan				

3.	09.45	Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan disatria	1) Mengkaji kemampuan komunikasi klien : klien bisa berbicara tetapi sedikit cedal, kata-kata sulit dipahami	
	09.55		2) Mempertahankan kontak mata saat berbicara dengan klien dan berbicara pelan dengan intonasi normal	
	10.05		3) Menciptakan lingkungan penerimaan dan privasi	
	10.10		5) Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara : mengajak klien mengutarakan keluhannya dengan menganjurkan untuk berbicara pelan dan kalimat pendek	
	10.15		6) Memberikan respon terhadap perilaku non verbal kepada klien dengan memberikan acungan jempol	

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.14 Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Jam	Evaluasi Keperawatan
10 Maret 2025			
1.	Gangguan Perfusi Jaringan Cerebral berhubungan dengan defisit neurologis	13.30	S : 1) Klien mengatakan masih pusing, pusing, pusing terasa cenut-cenut di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu-waktu O : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran compos mentis. GCS 4-5-6 3) Skala pusing berat 4) Akral teraba hangat 5) CRT <3 detik 6) Turgor kulit kembali <3 detik 7) Mengukur TTV TD : 176/98 mmHg N : 92 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit SPO2 : 99% 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 tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk/fleksi 11) Anjurkan klien untuk tidak batuk, bersin, feses yang keras atau mengejan 12) Mempertahankan suhu normal 17) Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	13.40	S : 1) Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemas dan berat saat digerakkan O : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran compos mentis GCS 4-5-6

			3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas 4) <i>Reflek Fisiologis</i> : Trisep (+) (-) -Bisep (+) (-) -Patella (+) (-) <i>Reflek Patologis</i> : -Babinski (-) (+) -Chaddock (-) (+) 5) Kekuatan otot menurun 5 2 5 2 _____ 5 2 _____ 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 memungkinkan 3) Anjurkan keluarga untuk mengubah posisi (miring kanan miring kiri) setiap 2 jam sekali 4) Kaji daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi 5) Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak 6) Lakukan mesage pada daerah yang tertekan
3.	Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan disatria	13.50	S : 1) Klien mengatakan bicara sedikit sulit O : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran compos mentis GCS 4-5-6 3) Klien sedikit sulit berbicara (disatria) A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1) Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara 2) Pertahankan kotak 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 acungan jempol

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 4.15 Catatan Perkembangan

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi awal dinas	Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi akhir dinas
	11 Maret 2025	Jam 14.00 WIB			Jam 21.00 WIB
1.	Gangguan Perfusion Jaringan Cerebral berhubungan dengan defisit neurologis	S : 1) Klien mengatakan masih pusing, pusing terasa cenut-cenut di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu-waktu O : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran compos mentis. GCS 4-5-6 3) Skala pusing berat 4) Akral teraba hangat 5) CRT <3 detik 6) Turgor kulit kembali <3 detik 7) Mengukur TTV TD : 170/95 mmHg N : 94 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit SPO2 : 99% A: Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 2) Kaji tanda-tanda peningkatan TIK 3) Kaji tingkat kesadaran dan GCS	15.00 15.10 15.15 16.00 16.30 16.40 20.30	2) Mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK : Klien mengatakan pusing berkurang 3) Mengkaji tingkat kesadaran klien: kesadaran compos metis GCS 4-5-6 7) Memonitor TTV : TD : 170/95 mmHg N : 94x/menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99% CRT <3 detik Turgor kulit kembali <3 detik 9) Mempertahankan klien untuk bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat klien 10) Mempertahankan kepala klien ditempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk 17) Memberikan obat sesuai program: Citicolin 2x250 mg 7) Memonitor TTV : TD : 165/98 mmHg N : 92x/menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit	S : 1) Klien mengatakan pusing berkurang, pusing terasa cenut-cenut di kepala bagian depan berkurang, pusing terasa sewaktu-waktu berkurang O : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran compos metis. GCS 4-5-6 3) Skala pusing sedang 4) CRT <3 detik 5) Akral teraba hangat 6) Turgor kulit kembali <3 detik 7) TTV : TD : 165/98 mmHg N : 92x/menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99% A: Masalah teratasi sebagian

	7) Monitor tanda-tanda vital 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 17) Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping	SPO2 : 99% CRT <3 detik	1) Klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran 3) Peningkatan TIK mulai berkurang 4) Gangguan lebih lanjut tidak terjadi P : Lanjutkan intervensi 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 tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk 17) Berikan obat sesuai program
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	S : 1) Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemas dan berat saat digerakkan	16.30 1) Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot. Kekuatan otot : 5 3 5 3	S : 1) Klien mengatakan bisa mengangkat tangan dan kaki sebelah kiri tetapi tidak bisa lama O : 1) Keadaan umum lemah

O :

- 1) Keadaan umum lemah
- 2) Kesadaran composmentis
GCS 4-5-6
- 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas
- 4) *Reflek Fisiologis:*
Trisep (+) (-)
-Bisep (+) (-)
-Patella (+) (-)
Reflek Patologis :
-Babinski (-) (+)
-Chaddock (-) (+)
- 5) Kekuatan otot menurun

5	2
5	2
- 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 memungkinkan
- 3) Anjurkan keluarga untuk mengubah posisi (miring kanan miring kiri) setiap 2 jam

- 16.40 2) Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada *ekstremitas* kiri yang mengalami kelemahan, seperti menekuk tangan dan kaki, menggengam tangan
- 17.05 3) Membantu klien dan menganjurkan keluarga untuk mengubah posisi klien (miring kanan dan kiri) tiap 2 jam sekali
- 17.10 4) Mengobservasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi
- 17.15 5) Menginspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, dan memberikan bantalan
- 17.20 6) Melakukan massage pada daerah yang tertekan

- 2) Kesadaran composmentis
GCS 4-5-6
 - 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas
 - 4) *Reflek Fisiologis:*
-Trisep (+) (-)
-Bisep (+) (-)
-Patella (+) (-)
Reflek Patologis :
-Babinski (-) (+)
-Chaddock (-) (+)
 - 5) Kekuatan otot meningkat

5	3
5	3

Bisa mengangkat tetapi langsung jatuh
 - 6) 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 perhari

			sekali						bila mungkin
		4)	Kaji daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi						3) Bantu klien dan menganjurkan 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 mesege pada daerah yang tertekan						
3.	Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular	S :		17.20	1)	Mengkaji kembali kemampuan komunikasi klien : bicara klien ada peningkatan	S :		
		O :	1) Klien mengatakan bicara sedikit sulit	17.25	2)	Mempertahankan kontak mata saat berbicara dengan klien dan berbicara pelan dengan intonasi normal		1)	Klien mengatakan bicara sudah sedikit mulai bisa
			1) Keadaan umum lemah				O :	1)	Keadaan umum lemah
			2) Kesadaran compos mentis GCS 4-5-6	17.30	3)	Menciptakan lingkungan penerimaan dan privasi		2)	Kesadaran compos metis GCS 4-5-6
			3) Klien sedikit sulit berbicara (disatria)	17.45	5)	Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara : mengajak klien mengutarakan keluhannya dengan menganjurkan untuk berbicara pelan dan kalimat pendek		3)	Bicara klien sudah mulai mengalami peningkatan
		A :	Masalah belum teratasi				A :		Masalah teratasi sebagian
		P :	Lanjutkan intervensi		6)	Memberikan respon terhadap perilaku non verbal dengan memberi tepuk tangan dan acungan jempol		2)	Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar
			1) Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara	17.55				3)	Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain
			2) Pertahankan kotak mata dengan klien saat berkomunikasi				P :		Lanjutkan intervensi
			3) Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi					1)	Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara
			5) Ajarkan klien untuk memperbaiki bicara dengan kata-kata yang sederhana					2)	Pertahankan kotak mata dengan klien saat berkomunikasi

		6) Berikan respon terhadap perilaku non verbal kepada klien dengan acungan jempol			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 acungan jempol
12 Maret 2025		Jam 07.00	Jam 14.00 WIB		
1.	Gangguan Perfusion Jaringan Cerebral berhubungan dengan Aneurisma Cerebri	S : 1) Klien mengatakan pusing sudah berkurang, pusing terasa cunat-cunat di kepala bagian depan berkurang, pusing terasa sewaktu-waktu berkurang O : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran compos metis. GCS 4-5-6 3) Skala pusing sedang 4) CRT <3 detik 5) Akral teraba hangat 6) Turgor kulit kembali <3 detik 7) TTV : TD : 167/95 mmHg N : 90x/menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99% A: Masalah teratasi sebagian	07.30	3) Mengkaji tingkat kesadaran klien : S :	
			07.40	7) Memonitor TTV	1) Klien mengatakan sudah tidak pusing
				TD : 167/95 mmHg	
				N : 90x/ menit	O :
				S : 36,5°C	1) Keadaan umum cukup
				RR : 20x/ menit	2) Kesadaran compos metis GCS 4-5-6
				SPO2 : 99%	3) Pusing hilang
				CRT <3 detik	4) CRT <3 detik
				Turgor kulit kembali <3 detik	5) Akral teraba hangat
			08.30	9) Mempertahankan klien untuk bedrest, memberikan lingkungan tenang, membatasi pengunjung, mengatur waktu istirahat klien	6) Turgor kulit kembali <3 detik
			08.45	10) Mempertahankan kepala klien ditempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk	7) TTV
			09.00	17) Memberikan obat sesuai program Citicolin 2x250 mg	TD : 158/104 mmHg
					N : 93x/ menit
					S : 36,5°C
			13.30	7) Memonitor TTV	RR : 20x/ menit
				TD : 158/104 mmHg	SPO2 : 99%
				N : 93x/ menit	A : Masalah teratasi sebagian
				S : 36,5°C	1) Klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran

		1) Klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran 3) Peningkatan TIK mulai berkurang 4) Gangguan lebih lanjut tidak terjadi P : Lanjutkan intervensi 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 tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk 17) Berikan obat sesuai program	RR : 20x/ menit SPO2 : 99% CRT <3 detik Turgor kulit kembali <3 detik	3) Peningkatan TIK tidak ada 4) Gangguan lebih lanjut tidak terjadi P : Intervensi dihentikan klien pulang				
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	S : 1) Klien mengatakan bisa mengangkat tangan dan kaki sebelah kiri tetapi tidak bisa lama O : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran composmentis GCS 4-5-6 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas 4) Reflek Fisiologis: -Trisep (+) (-) -Bisep (+) (-)	08.40 1) Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot. Kekuatan otot : <table><tr><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>4</td></tr></table> 09.00 2) Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada <i>ekstremitas</i> kiri yang mengalami kelemahan, seperti menekuk tangan dan kaki, menggengam tangan 09.20 3) Membantu klien dan menganjurkan keluarga untuk mengubah posisi klien	5	4	5	4	S : 1) Klien mengatakan mampu mengangkat tangan dan kaki kiri agak lama O : 1) Keadaan umum cukup 2) Kesadaran composmentis GCS 4-5-6 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas 4) Reflek Fisiologis: -Trisep (+) (-) -Bisep (+) (-)
5	4							
5	4							

				-Patella (+) (-) Reflek Patologis : -Babinski (-) (+) -Chaddock (-) (+) 5) Kekuatan otot meningkat <table><tr><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>5</td><td>3</td></tr></table> Bisa mengangkat tetapi langsung jatuh 6) Rentang gerak (ROM) mengalami peningkatan A : Masalah teratasi sebagian 1) Mempertahankan keutuhan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur, footdrop 4) Mempertahan integritas kulit 5) Kebutuhan ADL terpenuhi P : Lanjutkan intervensi 1) Kaji kemampuan motorik 2) Ajarkan klien untuk melakukan ROM 3x perhari bila mungkin 3) Bantu klien dan menganjurkan keluarga untuk mengubah posisi klien (miring kanan miring kiri) setiap 2 jam sekali	5	3	5	3	(miring kanan miring kiri) setiap 2 jam sekali	-Patella (+) (-) Reflek Patologis : -Babinski (-) (+) -Chaddock (-) (+) 5) Kekuatan otot meningkat <table><tr><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>4</td></tr></table> Bisa mengangkat tetapi jika dikasih dorongan tangan dan kakinya bisa hanya sedikit dorongan 6) Rentang gerak (ROM) mengalami peningkatan A : Masalah teratasi sebagian 1) Mempertahankan keutuhan tubuh secara optimal tidak ada kontraktur, footdrop 4) Mempertahankan integritas kulit 5) Kebutuhan ADL terpenuhi P : Intervensi dihentikan klien pulang	5	4	5	4
5	3													
5	3													
5	4													
5	4													
3.	Gangguan Komunikasi Verbal	S : 1) Klien mengatakan bicara sudah sedikit mulai bisa	09.05	1) Mengkaji kembali kemampuan komunikasi klien : bicara klien ada peningkatan, kata-kata sudah mulai mudah dipahami	S : 1) Klien mengatakan bicara sudah mulai bisa									

berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular	O :	09.10	2) Mempertahankan kontak mata saat berbicara dengan klien dan berbicara pelan dengan intonasi normal	O :
	1) Keadaan umum lemah			1) Keadaan umum cukup
	2) Kesadaran compos metis GCS 4-5-6	09.45	3) Menciptakan lingkungan penerimaan dan privasi	2) Kesadaran compos metis
	3) Bicara klien sudah mulai mengalami peningkatan	10.00	5) Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara : mengajak klien mengutarakan keluhannya dengan menganjurkan untuk berbicara pelan dan kalimat pendek	3) Bicara masih cedal tetapi sedikit mudah dipahami
	A : Masalah teratasi sebagian		6) Memberikan respon terhadap perilaku non verbal verbal kepada klien dengan memberikan tepuk tangan dan acungan jempol	A : Masalah teratasi
	2) Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar			1) Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal
	3) Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain	10.15		2) Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar
	P : Lanjutkan intervensi			3) Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain
	1) Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara			P : Intervensi dihentikan klien pulang
	2) Pertahankan kotak 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 acungan jempol			

4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4.15 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Teori	Analisa	
	Fakta	Kesenjangan
Pengkajian		Sesuai
1. Identitas pasien 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 Stroke Infark pada Tn. S dengan usia 74 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan terakhir SD, bertempat tinggal di Sumberingin, Karangan. Pekerjaan Petani, beragama Islam, berasal dari suku Jawa, tanggal MRS 9 Maret 2025, tanggal pengkajian 10 Maret 2025 dan diagnosa medis <i>CVA Infark</i> .	
2. Keluhan Utama Keluhan yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah kiri, bicara cedal, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Tarwoto, 2015)	Saat MRS : Klien mengatakan saat duduk dan ingin berdiri terasa sempoyongan kepalanya terasa pusing Saat Pengkajian : Klien mengatakan mengeluh kepalanya terasa pusing	Sesuai
3. Riwayat Penyakit Sekarang Serangan stroke biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau	Keluarga klien mengatakan, pada tanggal 9 Maret 2025 sekitar pukul 05.00 WIB pagi saat setelah sholat subuh dirumahnya klien mengeluh kepalanya pusing, lalu beberapa jam kemudian pada saat bangun dari tempat tidur tiba-tiba tubuh terasa sempoyongan, tangan dan kaki kiri terasa lemas saat digerakkan dan bicarapun sedikit sulit. Kemudian pada pukul 13.00 WIB klien dibawa keluarganya ke IGD RSUD dr. Soedomo	Sesuai

gangguan fungsi otak lain (Tarwoto, 2015).	Trenggalek. Kemudian pada pukul 15.30 WIB klien di pindah ke Ruang Unit Stroke. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 10 Maret 2025 pukul 08.00 WIB klien mengatakan tangan dan kaki kiri masih lemas dan terasa berat, klien juga mengeluh kepalanya terasa pusing dan bicara klien sedikit cedal. P : Klien merasa pusing Q : Klien merasa pusing cenut-cenut R : Klien merasa pusing di kepala bagian depan S : Pusing terasa berat T : Pusing terasa sewaktu-waktu TTV TD : 183/103 mmHg N : 103x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SP02 : 99%	
4. Riwayat Penyakit Dahulu Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan antikoagulem, aspirin, fasodilator, obat-obatan adiktif, kegumukan (Tarwoto, 2015)	Klien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu. Klien mengatakan control dan minum obat secara rutin di puskesmas terdekat.	Sesuai
5. Riwayat Penyakit Keluarga	Klien mengatakan ada anggota keluarga yang memiliki penyakit seperti beliau	Sesuai

Menurut Doengoes (2018), perlu dikaji adanya riwayat hipertensi pada keluarga, riwayat terjadinya stroke, komposisi keluarga dan apakah ada anggota keluarga yang lain mengidap penyakit menular.		
6. Pola Nutrisi dan Cairan Umumnya, klien mengalami kendala untuk memenuhi kebutuhan saat makan dan minum, klien biasanya mengeluh kurang nafsu makan, mual, muntah, kehilangan sensasi di lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, dan menderita diabetes, peningkatan jaringan adiposa visceral darah, disertai kesulitan menelan yang serius dan obesitas (Tarwoto, 2015).	Di rumah : Makan : Klien mengatakan makan 3x sehari pagi, siang, dan malam dengan jenis makanan nasi yang tidak panas, sayur dan lauk. Setengah porsi makan dihabiskan. Minum : Klien mengatakan minum air putih ± 1,5 liter/hari. Di RS : Makan : Klien mengatakan selama dirumah sakit klien makan 1x pagi. Makanan yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi, sayur, lauk dan buah. Klien mengatakan menghabiskan satu porsi makanan yang diberikan. Minum : Klien mengatakan selama di rumah sakit, minum air putih ± 1 liter (1 aqua tanggung).	Terdapat kesenjangan
7. Pola Eliminasi Pada pasien stroke biasanya didapatkan pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilitas, bagaimana eliminasi BAK apakah ada kesulitan, warna, bau, berapa jumlahnya, karena pada pasien stroke mungkin mengalami inkontinensia urine sementara	Di rumah : BAB : Klien mengatakan saat dirumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning. BAK : Klien mengatakan BAK 4-5x sehari dengan warna BAK kekuningan dengan bau khas urine Di RS	Sesuai

karena konfusi, ketidak mampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. (Tarwoto, 2015)	BAB : Klien mengatakan selama di rumah sakit belum BAB. BAK : Klien mengatakan selama dirumah sakit klien BAK sering $\pm$ 5-6x sehari menggunakan pispot dibantu oleh keluarga, dengan warna kekuningan dan bau khas urine.	
8. Pola Istirahat Tidur Pada klien <i>CVA</i> terdapat gangguan jumlah dan kualitas tidur yang dibatasi waktu, akibat faktor eksternal, klien akan mengalami istirahat yang tidak cukup karena keluhan yang di alaminya. (Tarwoto, 2015)	Di rumah : Klien mengatakan saat dirumah klien tidur malam pukul 21. 00 WIB dan bangun pukul 04.30 WIB. Klien mengatakan jarang tidur siang. Di RS : Klien mengatakan selama dirumah sakit, klien sering terbangun saat tidur karena kepala yang sedikit pusing. Klien mengatakan tidur malam pukul 21.00 WIB	Sesuai
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,et,. al 2018)	Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik. Klien menggunakan Bahasa Jawa. Bicara klien sedikit cedal, klien dapat membaca tulisan, fungsi pendengaran klien berfungsi dengan baik, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Klien mengatakan paham mengenai penyakitnya. Klien mengatakan penyakitnya timbul karena sudah takdir dari Allah SWT.	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,et,. al 2018)	Klien mengatakan bicara sedikit sulit tetapi klien bisa menjawab sedikit demi sedikit dengan Bahasa Jawa. Klien mengatakan komunikasi dengan keluarganya baik dan tidak ada masalah.	Sesuai

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 aktifitas spiritual klien selama klien menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya (Rohmah, 2009)	Klien beragama Islam, sebelum sakit klien melakukan kegiatan keagamaan seperti yasinan, klien tertib shalat 5 waktu. Saat di rawat di RS klien berdoa kepada Allah SWT agar cepat sembuh.	Sesuai
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 ($>37^{\circ}\text{C}$), nadi takikardi, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Tarwoto, 2015)	Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis GCS 4-5-6, ekstremitas sinistra lemah, bicara sedikit cedal, terpasang infus di tangan kanan. Tanda-tanda vital : TD : 183/103 mmHg N : 103x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99%	Terdapat kesenjangan
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	Inspeksi : Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut putih merata karena uban, wajah simetris. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala.	Sesuai

adanya peradangan, luka maupun tumor, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hematoma atau riwayat operasi.

2. Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun)

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

Terdapat kesenjangan

3. Telinga : biasanya 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.

Sesuai

4. Hidung : ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.

Tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret. Tidak ada perdarahan

Terdapat kesenjangan

5. Mulut : adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, disatria (bicara cadel atau cedal), 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, tidak mengalami kesulitan menelan, bicara cedal, sulit berbicara.

Sesuai

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 ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Doenges, et., al 2018)

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 pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan reflek batuk dan menelan (Doengos,et., al 2018)

Inspeksi : bentuk normal *chest*, pernapasan *reguler*, tidak ada *retraksi intercostral*.

Palpasi : *Vocal Fremitus* (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri

Perkusi : suara paru sonor

Auskultasi : suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing

Sesuai

Terdapat kesenjangan

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

Perkusi : suara jantung pekak
Auskultasi : bunyi jantung lup dup

Sesuai

7. Abdomen : didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada 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

Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan, tidak ada *lesi*.
Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak terdapat massa, tidak ada pembesaran hepar.
Perkusi : terdengar suara *Thympani*
Auskultasi : bising usus terdegar 8x/menit

Terdapat kesenjangan

8. Genetalia : kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doengoes, et., al 2018)

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

Terdapat kesenjangan

9. Ekstremitas : pada pasien 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, rentang gerak (ROM) klien menurun, klien mengalami keterbatasan melakukan aktivitas akril teraba hangat, ekstremitas sinistra lemah, kekuatan otot

5	2
5	2

Sesuai

Nilai 5 : kekuatan otot penuh

Nilai 2 : otot dapat berkontraksi, tetapi tidak dapat sepenuhnya menggerakkan bagian tubuh melawan gravitasi

Saraf Kranial

1. Saraf Kranial 1 Olfaktorius : biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman

Penciuman klien baik, px mampu mencium bau makanan dan bau minyak kayu putih.

Sesuai

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, klien dapat melihat tulisan pada dinding

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 *miosis* (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya)

Terdapat kesenjangan

4. Nervus 4 Troklearis : kelainan berupa paralisis nervus toklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial	Klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan kebawah	Terdapat kesenjangan
5. Nervus 5 Trigeminus : untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah neuralgia trigeinal atau tic doulourex yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus	Refleks berkedip klien positif	Terdapat kesenjangan
6. Nervus 6 Abdusen: Kelainan pada paralisis nervus abduzen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, etika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior.	Klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri	Terdapat kesenjangan
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).	Klien mampu mengerutkan dahi, bibir klien tampak tidak simetris ketika tersenyum.	Sesuai

8. Nervus 8 Vestibulacochlearis : Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).	Fungsi pendengaran klien sedikit berkurang	Sesuai
9. Nervus 9 Glosfaringikus dan nervus 10 vagus : Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosfaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian . Gangguan nervus 9 dan 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.	Klien mengalami kesulitan bicara (cedal), klien masih mampu membedakan rasa makanan. Klien saat makan tidak mengalami kesulitan menelan makanan	Sesuai Terdapat kesenjangan
10. Nervus 11 Asesorius: Gangguan pada nervus asesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapezius) dan otot leher (otot sternokleidomastoideus). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus asesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan	Klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan dan tidak mampu menggerakkan bahu sebelah kiri	Sesuai

iskemia akibatnya persarafan otot trapezius dan otot sterokleidomastoideus terganggu.		
11. 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 (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nnervus hipoglosus pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat	Klien mampu mengunyah makanan, mampu menelan, mampu menjulurkan lidah tetapi hanya sedikit, klien mengalami kesulitan bicara (disartia).	Terdapat Kesenjangan
Diagnosa Keperawatan		Terdapat kesenjangan
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	
Intervensi Menurut Teori Tarwoto (2015) pada diagnose Gangguan perfusi jaringan cerebral ada 10	Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis 1. Kaji status neurologis setiap jam	Sesuai

intervensi, pada diagnose Gangguan Komunikasi verbal ada 7 dan pada diagnose Gangguan Mobilitas fisik ada 8.

2. Kaji tingkat kesadaran dan GCS
3. Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata
4. Kaji reflek kornea dan gag
5. Evaluasi keadaan motoric dan sensori pasien
6. Monitor tanda-tanda vital
7. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur
8. Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas
9. Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk/ fleksi
10. Anjurkan pasien untuk tidak menekuk lututnya, batuk, bersin, feses yang keras atau mengejan
11. Pertahankan suhu normal
12. Monitor kejang dan berikan obat anti kejang
13. Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas pasien semenimal mungkin
14. Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik
15. Monitor AGD, PaCO₂ antara 35-45 mmHg dan PaO₂>80mmHg
16. Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping
17. Bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostik

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

-
1. Kaji kemampuan motorik
 2. Ajarkan pasien untuk melakukan *ROM* minimal 4x sehari 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 stimulus elektrik
 8. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur antidekubitus

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disatria

1. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara.
 2. Pertahankan kontak mata dengan pasien 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 (Walid, 2019).	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 kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Rofifah, 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	Diagnosa 1 S : 1) Klien mengatakan pusing berkurang, pusing terasa cunut-cunut di kepala bagian depan berkurang, pusing terasa sewaktu-waktu berkurang O : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran compos mentis. GCS 4-5-6 3) Skala pusing berat 4) Akral teraba hangat 5) CRT <3 detik 6) Turgor kulit kembali <3 detik 7) Mengukur TTV TD : 176/98 mmHg N : 92 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit SPO2 : 99% A: Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi	Sesuai

-
- 2) Kaji tanda-tanda peningkatan TIK
 - 3) Kaji tingkat kesadaran dan GCS
 - 7) Kaji tanda-tanda vital
 - 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 batuk, bersin, feses yang keras atau mengejan
 - 12) Mempertahankan suhu normal
 - 17) Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping

Diagnosa 2

S :

- 1) Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemas dan berat saat digerakkan

O :

- 1) Keadaan umum lemah
 - 2) Kesadaran composmentis
GCS 4-5-6
 - 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas
 - 4) *Reflek Fisiologis:*
Trisep (+) (-)
-Bisep (+) (-)
-Patella (+) (-)
Reflek Patologis :
-

-Babinski (-) (+)

-Chaddock (-) (+)

5) Kekuatan otot menurun

5	2
5	2

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 memungkinkan
- 3) Anjurkan keluarga untuk mengubah posisi (miring kanan miring kiri) setiap 2 jam sekali
- 4) Kaji 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 yang tertekan

Diagnosa 3

S :

- 1) Klien mengatakan bicara sedikit sulit

O :

- 1) Keadaan umum lemah
- 2) Kesadaran compos mentis GCS 4-5-6
- 3) Klien sedikit sulit berbicara (disatria)

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi

-
- 1) Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara
 - 2) Pertahankan kotak 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 acungan jempol
-

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 presepsi, keadaan umum, pemeriksaan fisik meliputi (mata, hidung, auskultasi paru, abdomen, genetalia), pada syaraf kranial meliputi (optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduksen, vagus, hipoglossus), dan diagnosa keperawatan.

1) Pola Nutrisi dan Cairan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Keluarga klien mengatakan, selama di rumah sakit klien makan 3 kali sehari makanan yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi, lauk dan sayur. Klien mengatakan menghabiskan setengah porsi makanan yang diberikan.

Menurut teori pada penderita stroke terjadi adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut (Tarwoto, 2015).

Penulis berpendapat bahwa 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 serta adanya keinginan klien untuk cepat sembuh kembali sehingga mendorong klien untuk menjaga pola makannya.

2) Pola Kognitif dan Sensori Persepsi

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik, Klien menggunakan Bahasa Jawa, Bicara klien sedikit cedal, Klien dapat membaca tulisan, Fungsi pendengaran klien berfungsi baik, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, Klien mengatakan paham mengenai penyakitnya, Klien mengatakan penyakitnya timbul karena sudah takdir dari Allah SWT.

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

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 stroke.

3) Keadaan Umum

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan klien Keadaan umum lemah, Kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6, ekstremitas sinistra lemah, bicara cedal, terpasang infus di tangan kanan.

Menurut Teori Tarwoto (2015), biasanya klien *CVA* mengalami badan lemah (*letarge*), nyeri kepala (*cheplgia*),

penurunan kesadaran (apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma).

Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami penurunan kesadaran selama 3 hari perawatan karena saturasi oksigen klien dalam batas normal sehingga oksigen pada otak terpenuhi.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Mata

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih. Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema. Pandangan tidak kabur

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

Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami gangguan pada bagian mata dikarenakan pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 2 optikus (penglihatan), sehingga klien tidak mengalami gangguan pada bagian mata.

b) 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 pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.

Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami masalah pada hidung dikarenakan klien tidak mengalami penurunan kesadaran, sehingga klien tidak mengalami gangguan pada sistem pernafasan.

c) Auskultasi 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 pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan reflek batuk dan menelan (Doengos, et., al 2018).

Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami masalah pada paru ditandai dengan suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing.

d) Abdomen

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bentuk abdomen datar, tidak terdapat luka, tidak ada bayangan pembuluh darah, tidak ada keluhan mual, bising usus 8

x/menit, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak terdapat massa, thympani.

Menurut teori Doenges, *et.al* (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.

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.

e) Genetalia

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak terpasang kateter, 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, *et.al* 2018).

Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami kesulitan dalam buang air kecil dan tidak ada inkontinensia urine, sehingga tidak ada masalah pada genetalia.

5) Pemeriksaan Neurologis

CT Scan kepala tanpa kontras (09/3/2025) jam 14.23 WIB

- a) *Sub acute-Chronic ischemic cerebral infarction* di periventrikular lateralis et deep temporalis bilateral and cerebellum kanan
- b) Tak nampak lesi hiperdense berdensitas darah di brain parenchyma
- c) *Ateroklerosis* MCA et vertebralis bilateral

Pada hasil CT Scan *Sub acute-Chronic ischemic cerebral infarction* di periventrikular lateralis et deep temporalis bilateral mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis, terutama yang berkaitan dengan fungsi sensorik dan motorik pada nervus fasialis (VII), nervus vestibulococlearis (VIII) dan nervus glasofaringeus (IX) dan klien mengalami keterbatasan dalam pengendalian gerak tubuh sebelah kiri dan bicara cedal/disartria. Sehingga muncul kesenjangan pada syaraf cranial meliputi (*optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abdusen, vagus, hipoglosus*).

(1) *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.

Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 2 optikus (penglihatan), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu periventrikular et deep temporalis dan cerebellum kanan mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis, terutama yang berkaitan dengan fungsi sensorik dan motorik pada nervus fasialis (VII), nervus vestibulococlearis (VIII) dan nervus glasofaringeus (IX) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus optikus pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(2) *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.

Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 3 okulomotorius (gerakan ekstraokular mata), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu periventrikular et deep temporalis dan cerebellum kanan mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis, terutama yang berkaitan dengan fungsi sensorik dan motorik pada nervus fasialis (VII), nervus vestibulococlearis (VIII) dan nervus glasofaringeus (IX) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus okulomotorius pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(3) *Toklearis*

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

Menurut Teori Muttaqin (2019), kelainan berupa paralisis nervus toklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.

Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 4 troklearis (gerakan bola mata ke atas bawah), dikarenakan dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu periventrikular et deep temporalis dan cerebellum kanan mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis, terutama yang berkaitan dengan fungsi sensorik dan motorik pada nervus fasialis (VII), nervus

vestibulococlearis (VIII) dan nervus glasofaringeus (IX) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus troklearis pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(4) *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 trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus.

Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 5 trigeminus (sensori kulit wajah), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu periventrikular dan deep temporalis dan cerebellum kanan mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis, terutama yang berkaitan dengan fungsi sensorik dan motorik pada nervus fasialis (VII), nervus vestibulococlearis (VIII) dan nervus glasofaringeus (IX) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus trigeminus pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(5) *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 pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, etika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannyaotot oblikus inferior.

Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 6 abduksen (gerakan bola mata menyamping), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu periventrikular et deep temporalis dan cerebellum kanan mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis, terutama yang berkaitan dengan fungsi sensorik dan motorik pada nervus fasialis (VII), nervus vestibulococlearis (VIII) dan nervus glasofaringeus (IX) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus abduksen pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(6) *Vagus*

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

Menurut teori Muttaqin (2019), gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glossofaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradanya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian. Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh.

Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 10 vagus (sensasi faring, gerakan pita suara), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu periventrikular et deep temporalis dan cerebellum kanan mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis, terutama yang berkaitan dengan fungsi sensorik dan motorik pada nervus fasialis (VII), nervus vestibulococlearis (VIII) dan nervus glossofaringius (IX) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus vagus pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(7) *Hipoglossus*

Berdasarkan data penelitian didapatkan klien masih mampu menjulurkan lidah tapi sedikit, tidak terdapat gangguan menelan.

Menurut teori 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 hipoglosus pasien 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.

Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 12 hipoglosus (posisi lidah), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu periventrikular et deep temporalis dan cerebellum kanan mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis, terutama yang berkaitan dengan fungsi sensorik dan motorik pada nervus fasialis (VII), nervus vestibulococlearis (VIII) dan nervus glasofaringeus (IX) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus hipoglasus 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 2019 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 bina hubungan saling percaya, 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 pasien, monitor tanda vital , hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur, pertahankan pasien 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 pasien seminimal mungkin, berikan obat sesuai program dan monitor efek samping, bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostic. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik intervensi yang direncanakan kaji kemampuan motoric, ajarkan pasien 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. Pada diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal intervensi yang direncanakan kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara, pertahankan kontak mata dengan pasien 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.

Intervensi keperawatan pada klien Stroke menurut teori Tarwoto (2015) pada diagnosa Resiko Gangguan perfusi jaringan cerebral sebanyak 18 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 (Tarwoto,2015).

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan menggunakan intervensi yang sudah disusun. Implementasi dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 10 Maret 2025–12 Maret 2025. Berdasarkan intervensi yang telah direncanakan, implementasi yang dapat dilakukan pada diagnosa

Gangguan perfusi jaringan cerebral sebanyak 10 yaitu membina hubungan saling percaya dengan klien dan juga keluarga, memonitor tanda-tanda peningkatan TIK, memonitor tingkat kesadaran klien, mempertahankan kepala tempat tidur klien, mempertahankan klien untuk tetap bedrest, memberikan terapi farmakologis, dan mengobservasi TTV, menganjurkan klien untuk tidak menekuk lututnya, dan mempertahankan suhu normal. 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 dan keluarga untuk mengubah posisi sendi (miring kanan miring kiri) tiap 2 jam sekali, dan memotivasi keluarga untuk ikut dalam terapi gerak pasif, mengobservasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi, menginspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, dan memberikan bantalan lunak. 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 dan berbicara pelan dengan intonasi normal, mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara, memberikan respon terhadap perilaku non verbal, serta menciptakan lingkungan penerimaan privasi.

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 (Tarwoto,2015).

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 10 sedangkan menurut teori terdapat 17 intervensi, lalu pada pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik intervensi yang dapat diimplementasikan pada klien sebanyak 6 sedangkan menurut teori terdapat 9 intervensi, dan diagnosa Gangguan komunikasi verbal intervensi yang dapat implementasikan terhadap klien sebanya 5 sedangkan menurut teori terdapat 7 intervensi, dan. 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 evaluasi 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, 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 mengkomunikasikan kebutuhan dasar, mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain.

Berdasarkan teori Tarwoto (2015), Kriteria hasil pada diagnose Gangguan Perfusi jaringan cerebral tidak efektif berhubungan dengan deficit neurologis yaitu pasien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik, motorik, tanda-tanda vital stabil, peningkatan TIK tidak ada, gangguan lebih lanjut tidak terjadi pada diagnose 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. Pada diagnose 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 stroke 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 klien dengan *CVA Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek selama tiga hari yang telah dilakukan pada Tn. S, maka peneliti dapat mengambil kesimpulan dan saran sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Dari data pengkajian yang telah di dapatkan peneliti, di temukan bahwa tidak semua tanda gejala *CVA* ditemukan pada "Tn. S". Masalah yang muncul pada kasus *CVA Infark* pada penelitian studi kasus ini adalah Gangguan perfusi jaringan cerebral, Gangguan Mobilitas Fisik, dan Gangguan Komunikasi Verbal. Pada hasil penelitian didapatkan beberapa kesenjangan antara teori dan fakta yaitu pada pola nutrisi dan cairan, pola kognitif dan sensori presepsi, keadaan umum, pemeriksaan fisik meliputi (mata, hidung, auskultasi paru, abdomen, genetalia) pada syaraf kranial meliputi (*optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abducent, vagus, hipoglossus*). Menunjukkan bahwa tidak semua manifestasi dapat ditemukan pada saat pengkajian dan juga disebabkan oleh beberapa faktor lain, pemberian terapi yang tepat yang melatarbelakangi tidak terjadinya komplikasi yang berlanjut.

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 disatria.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Pada tahap intervensi keperawatan, intervensi disusun berdasarkan teori-teori dari kepustakaan menggunakan dan mengacu pada standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit dan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu klien dengan Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Pada tahap implementasi keperawatan, implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun. Akan tetapi tidak semua intervensi dapat dilakukan yaitu pada diagnose Gangguan perfusi jaringan cerebral intervensi yang tidak dilakukan seperti berikan obat anti kejang, Pertahankan kepatenan jalan nafas suction jika perlu berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik, Monitor AGD, PaCO₂ antara 35-45mmHg dan PaO₂>80mmHg. Pada Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik intervensi yang tidak dilakukan adalah kolaborasi stimulasi elektrik, kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur antidekubitus. Pada diagnose Gangguan Komunikasi Verbal

intervensi yang tidak dilakukan seperti berikan respon terhadap perilaku non verbal, gunakan bahasa tubuh. Hal tersebut tidak dilakukan karena disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan “Tn.S”. Selama dilakukan evaluasi tiga hari, kondisi klien mulai ada perubahan yaitu pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral masalah teratasi yaitu dengan klien mengatakan pusing hilang, 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 atau perilaku melakukan aktivitas, mempertahankan integritas kulit dan kebutuhan ADL terpenuhi, meskipun belum mencapai hasil maksimal. Pada diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal masalah teratasi sebagian yakni klien Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal, Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar, Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain.

5.1.6 Analisa

Berdasarkan data pelaksanaan asuhan keperawatan, peneliti menganalisa pasien didapatkan hasil adanya kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pengkajian dan perumusan diagnosa. Pada bagian

pengkajian kesenjangan yang didapat yaitu pada bagian pola nutrisi dan cairan, pola kognitif dan sensori persepsi, keadaan umum, pemeriksaan fisik meliputi (mata, hidung, auskultasi paru, abdomen, genetalia), pada syaraf kranial meliputi (*optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduksen, vagus, hipoglossus*), dan diagnosa keperawatan.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

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

5.2.2 Bagi Lahan Penelitian

Bagi institusi pelayanan kesehatan khususnya 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 Stroke Iskemik atau *CVA Infark* 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.

5.2.3 Bagi Peneliti

Dari hasil penelitian ini diharapkan 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.

5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pembendaharaan kepustakaan dan pengetahuan bagi pendidikan keperawatan dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan *CVA infark*.

5.2.5 Bagi Klien

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 di rumah sesuai yang di ajarkan saat di rumah sakit. Jika terdapat serangan CVA infark kedua maka keluarga harus segera membawa klien ke RS agar tidak memperburuk keadaan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alisia, C.V. and Elmaghfuroh, D.R. (2023) 'Implementasi Range Of Motion (ROM) Pasif pada Klien CVA Infrak dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas di Ruang Bedah Saraf RSD Kalisat Jember', *Health & Medical Sciences*, 1(4), pp. 1–8. Available at: <https://doi.org/10.47134/phms.v1i4.60>.
- Amelia, R. *et al.* (2021) 'Pelatihan Deteksi Dini Stroke "Metode Fast" Pada Lansia di Nagari Jawi- Jawi Kabupaten Solok Sumatera Barat', *Jurnal Abdimas ADPI Sains dan Teknologi*, 2(1), pp. 19–24. Available at: <https://doi.org/10.47841/saintek.v2i1.237>.
- Baringbing, J.O. (2023) 'Pentingnya Perencanaan Keperawatan (Intervensi Keperawatan) dalam Asuhan Keperawatan'.
- Darmawan, I., Wahyuni, E. & Anugrahwati, R., 2023. Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Dirumah Sakit Hermina Bekasi. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Altruistik (JIKA)*, 6(1), pp. 25-33.
- Dedi setiawan, A. barkah (2022) 'Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Motivasi Pasien Pasca Stroke Dalam Melakukan Latihan Fisioterapi Di Rs Sukmul Sisma Medika Jakarta Utara Tahun 2022', *Jurnal Pendidikan Dan Konseling*, 4, p. 54. Available at: <https://garuda.kemdikbud.go.id/documents/detail/2851964>.
- Dwilaksono (2023) 'Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Stroke Iskemik pada Penderita Rawat Inap', *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5(2), pp. 449–458. Available at: <https://doi.org/10.37287/jppp.v5i2.1433.%0D>.
- Fatihah, W.M. (2019) 'Penerapan Evaluasi Keperawatan Terhadap Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit', *JIP: Jurnal Ilmiah PGMI*, 2(3), pp. 28–31.
- Hariyanto, awan & Sulistyowati, R. (2015) 'Keperawatan Medikal Bedah 1', in. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Isana, M. (2021) *Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus dan Asuhan Keperawatan Stroke*. Yogyakarta: Deepublish Publisher.
- Ixora, Wulandari, D. and Niningasih, R. (2023) 'Pengaruh Terapi Musik Dan Terapi Murottal Alquran Secara Audiovisual Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Dan Penurunan Kecemasan Pada Pasien Stroke Menjalani Latihan Rom Pasif Di Ruang Unit Stroke Rsud Dr. Soedomo Trenggalek', *Jurnal Keperawatan Terapan (e-Journal)*, 09(01), pp. 38–43.
- Koerniawan, D., Daeli, N.E. and Srimiyati, S. (2020) 'Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan', *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), pp. 739–751. Available at: <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>.

- Meila, O. and Rochana, H.I. (2019) 'Kajian Drug Related Problems (DRPs) Terhadap Pengobatan Pasien Stroke Iskemik di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Jakarta Periode Januari – Desember 2015 S', *Pharmacon: Jurnal Farmasi Indonesia*, 14(2), pp. 48–53. Available at: <https://doi.org/10.23917/pharmacon.v14i2.5765>.
- Murtaqib, 2015. Perbedaan Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif dan Aktif Selama 1-2 Minggu Terhadap Peningkatan Rentang Gerak Pada Penderita Stroke Di Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. *Jurnal Keperawatan Soederman*, 8(1), pp. 56-68.
- Nuraini (2020) 'Pengetahuan Dan Tindakan Pencegahan Hipertensi Pada Komunitas Warga Peduli Kesehatan Olahraga Kota Makassar', *Skripsi* [Preprint].
- Nursalam (2017) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurshiyam, N., Ardi, M. and Basri, M. (2020) 'Nursing Care in Meeting Physical Mobility Needs Inpatients Non Hemorrhagic Stroke in Rskd Dadi Makassar', *Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 11(1), p. 90. Available at: <https://doi.org/10.32382/jmk.v11i1.1555>.
- Oktavianus (2014) *Asuhan Keperawatan pada Sitem Neurobehavior*. Jakarta: Graha Ilmu.
- Olviani, Y., Mahdalena and Rahmawati, I. (2017) 'Pengaruh Latihan Range of Motion (Rom) Aktif-Asistif (Spherical Grip) Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas pada Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Penyakit Syaraf (Seruni) RSUD Ulin Banjarmasin', *Dinamika Kesehatan*, 8(1), pp. 250–257. Available at: <https://ojs.dinamikakesehatan.unism.ac.id/index.php/dksm/article/view/249/192>.
- Polopadang, V. and Hidayah, N. (2019) *Proses Keperawatan Pendekatan Teori dan Praktik, Revista Brasileira de Linguística Aplicada*. Available at: <https://revistas.ufrj.br/index.php/rce/article/download/1659/1508%0Ahttp://hipatiapress.com/hpjournals/index.php/qre/article/view/1348%5Cnhttp://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09500799708666915%5Cnhttps://mckinseysociety.com/downloads/reports/Educa>.
- PPNI (2017) *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : I*. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- PPNI (2018) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia. I*. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Purba, C.F. (2020) 'Penerapan Implementasi Dalam Asuhan Keperawatan'.
- Register Rawat Inap 2022, N. 2024 (no date) *Asuhan Keperawatan pada Pasien 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 Pasien dengan CVA (Cerebro Vaskular Accident) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Edited by KTI. Trenggalek: Politeknik Kesehatan Kemenkes.
- Saunoah, M. N., 2019. Gambaran Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Stroke Iskemik Pada Masyarakat Kabupaten Timor Tengah Utara Pada Tahun 2018. *Doctoral Dissertasion*.
- Setianingsih, S., Darwati, L.E. and Prasetya, H.A. (2019) 'Study Deskriptif Penanganan Pre-Hospital Stroke Life Support Pada Keluarga', *Jurnal Perawat Indonesia*, 3(1), p. 55. Available at: <https://doi.org/10.32584/jpi.v3i1.225>.
- Siregar, F.. (2020) 'Proses Keperawatan Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan', in *Ilmu keperawatan*.
- Suryowati, E. (2024, November 2). 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>
- Sri Harvita Sari Marpaung (2019) 'Mengidentifikasi Masalah Dalam Diagnosa Keperawatan Pada Pasien Yang Menderita Diabetes Mellitus', *Jurnal*, 1(4), pp. 1–5.
- Tarmizi, S. N. (2024, OKTOBER 29). 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 (2013) *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan*. II. Jakarta: CV Agung Seto.
- Tarwoto (2020) 'Asuhan Keperawatan Keluarga Penderita Post CVA Dengan Masalah Keperawatan Defisit Pengetahuan Tentang Perawatan Pasien CVA', in.
- Wahyuni, E., Darmawan, I. and Anugrahwati, R. (2023) 'Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Rumah Sakit Hermina Bekasi', *Jurnal Ilmiah Keperawatan Altruistik*, 6(1), pp. 25–33. Available at: <https://doi.org/10.48079/jikal.v6i1.98>.
- Yueniwati (2016) *Pencitraan Pada Stroke*. UB PRESS.
- Zebua, I.J. (2021) 'Manajemen Asuhan Keperawatan Psikososial Dengan Masalah Ketidakberdayaan Pada Penderita Stroke Iskemik', *OSF Preprints* [Preprint]. Available at: <https://osf.io/preprints/gycbe/>.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I

LEMBAR PERSETUJUAN (INFORMED CONCENT)

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

NAMA	: REZA NUR FADILA
NIM	: P17240223052
Semester	: V (Lima)
Alamat	: RT.05 RW.02 Dsn. Duren Ds. Dawuhan Kec. 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, 10 Maret 2025



(Tn. S)

*Lampiran II***FORMULIR PERSETUJIAN MENJADI RESPONDEN**

Nama saya Reza Nur Fadila. Saya adalah mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek Program Studi D3 Keperawatan 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 : Tn. S

Tanda Tangan :



Tanggal : 10 Maret 2025

FORMAT**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH****DISUSUN OLEH :****NAMA : Reza Nur Fadila****N I M : P17240223052**

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM
KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES
MALANG**

**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D3
KEPERAWATAN KAMPUS KABUPATEN
TRENGGALEK**

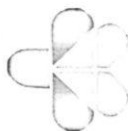
2025



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG



- Kampus Utama : Jl. Besarjen No. 77 C MALANG 65112 Telp. (0341) 556746
- Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 JEMBER Telp. (0331) 486613
- Kampus II : JLA. 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> Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id

FORMAT PENGKAJIAN

DATA – DATA KEPERAWATAN

1. BIODATA :

- ☐ Nama : Tn. S
- ☐ Jenis kelamin : Laki-laki
- ☐ Umur : 75 tahun
- ☐ Status perkawinan : Mati
- ☐ Pekerjaan : Tidak bekerja
- ☐ Agama : Islam
- ☐ Pendidikan terakhir : SD
- ☐ Alamat : Rt. 18 / Rw. 06 Sugihan, Sumberingin, Trenggalek
- ☐ Tanggal/Jam MRS : 9 Maret 2025 / 15.00 WIB
- ☐ Tanggal/Jam pengkajian : 10 Maret 2025 / 09.00 WIB

2. DIAGNOSA MEDIS : CVA Insark

3. KELUHAN UTAMA

Saat MRS: Klien mengatakan saat bangun dan tempat tidur dan ingin berdiri terasa sempoyongan, kepalanya terasa pusing yang berat, tangan dan kaki kiri terasa sedikit cedal

Saat pengkajian: Klien mengatakan tangan dan kaki kiri terasa lemas dan terasa berat, Klien juga mengeluh kepalanya terasa pusing yang berat seperti tertimpa benda dan bicara klien sedikit cedal

4. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG (PQRST)

Keluarga Klien mengatakan, pada tanggal 8 Maret 2025 sekitar pukul 20.00 WIB malam saat menonton televisi di rumahnya dan saat Klien ingin berdiri Untuk pergi ke toilet terasa sempoyongan tiba-tiba tangan dan kaki terasa kemas dan tidak bisa digerakkan dan bicarapun sedikit sulit kemudian Klien dibopong keluarganya ke dalam kamar tidur. Lalu besoknya pada tanggal 9 Maret 2025 pukul 08.00 WIB Klien dibawa keluarga ke IGD RSUD dr. Soedarmo Trenggalek. Kemudian pada pukul 15.30 WIB Klien dipindah ke Ruang Unit Stroke.

P: Klien merasa pusing saat digunakan bergerak

Q: Klien merasa pusing cunut-cunut

R: Klien merasa pusing dibagian depan

S: Pusing terasa berat

T: Pusing terasa sewaktu-waktu

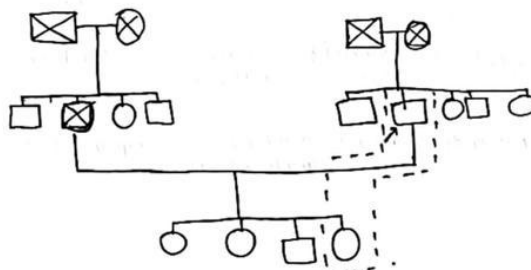
5. RIWAYAT KESEHATAN / PENYAKIT YANG LALU

Klien memiliki riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu. Klien mengatakan control dan minum obat secara rutin di puskesmas terdekat

6. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Px mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit seperti beliau dan tidak memiliki riwayat penyakit menurun seperti Diabetes Melitus, HIV, jantung, dll

Genogram :



7. POLA AKTIVITAS SEHARI-HARI

NO.	AKTIVITAS	DI RUMAH	DI RS	
a.	Makan dan minum	Klien mengatakan makan 5x sehari. Pagi : pukul 07.00 Siang : pukul 12.00 Malam : pukul 18.00 dengan jenis makanan nasi yang tidak panas, sayur dan lauk. porsi makan dihabiskan. Klien mengatakan minum air putih $\pm 1,5$ liter/hari	Klien mengatakan selama di rumah sakit klien makan 3x sehari. Pagi: Pukul 06.00 Siang: Pukul 11.00, Malam: Pukul 19.00. Makan yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi, lauk, sayur, buah. Klien mengatakan menghabiskan satu porsi piring makanan yang diberikan.	Klien mengatakan selama di rumah sakit minum air putih ± 1 liter (1 aqua tangki)
b.	Pola eliminasi BAK	Klien mengatakan saat di rumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning. Klien mengatakan BAK 4-5x sehari dengan warna BAK kekuningan dengan bau khas urine	Klien mengatakan selama di rumah sakit 2 hari belum BAB. Klien mengatakan selama di rumah sakit klien BAK $\pm 5-6x$ sehari menggunakan pispor dibantu oleh keluarga dengan warna kekuningan dan bau khas urine.	
c.	Pola istirahat / tidur	Klien saat di rumah tidur malam pukul 21.00 WIB dan bangun pukul 04.30 WIB. Klien mengatakan jarang tidur siang	Klien mengatakan saat di rumah sakit, klien sering terbangun saat tidur karena kepala yang sedikit pusing. Klien mengatakan tidur siang pukul 13.00 - 14.30 WIB dan tidur malam pukul 21.00 WIB	
d.	Kebersihan diri	Klien mengatakan saat di rumah mandi 2x Gosok gigi 2x dan keramas 2 hari sekali	Klien mengatakan selama di RS disibin 2x sehari	

8. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

A. Konsep diri

Gambaran diri / Citra diri : Klien merasa tidak nyaman dengan kondisinya saat ini

Ideal diri : Klien optimis bisa sembuh dari kondisi yang diderita saat ini

Harga diri : Klien saat ini jarang berbenturan dengan tetangga

Peran : Klien berperan sebagai seorang ayah dan kakak

Identitas diri : Klien bernama Th.S berusia 75 tahun, jenis kelamin laki-laki
ia seorang ayah dari anaknya dan seorang kakak dari cucu
cucunya, ia tinggal di Suberlingin Karangas.

B. Pola peran hubungan dengan orang lain

Klien mengatakan klien berhubungan baik dengan keluarga dan orang lain

C. Pola seksual

Klien merupakan seorang suami ayah dan memiliki 4 orang anak. 3 orang
anak perempuan dan 1 orang laki-laki

D. Pola mekanisme koping

Klien mengatakan apabila ada masalah klien selalu cerita ke anak-anaknya
untuk mencari jalan keluar.

E. Pola kognisi dan persepsi sensori :

Status mental : Klien dapat mengorelasikan orang, waktu dan tempat
dengan baik.

Pola komunikasi : Klien menggunakan bahasa Jawa, bicara klien sedikit cedal. Klien dapat membaca tulisan

Orientasi :

9. DATA SPIRITUAL

Klien beragama Islam. sebelum sakit klien melakukan kegiatan keagamaan seperti yasinan, klien tertib sholat 5 waktu. Saat dirawat di Rumah sakit klien berdoa kepada Allah SWT agar segera sembuh

10. PEMERIKSAAN FISIK

(a) Keadaan umum :

Keadaan umum lemah. Kesadaran Compos mentis, GCS 4-5-6, ekstremitas sinistra lemah. Terdapat infus di tangan kanan.

(b) Tanda – tanda vital :

Suhu tubuh : 36,5

Nadi : 103 x/menit

Tekanan darah : 183/103 mmHg

Respirasi : 20 x/menit

SpO2 : 99%

c. Pemeriksaan kepala dan leher

:

1. Kepala dan rambut

a) Bentuk kepala : oval, persebaran rambut merata, rambut putih merata karena uban

Uban – uban : di tengah

Kulit kepala : berminyak, tidak ada benjolan

b) Rambut :

Penyebaran dan keadaan rambut : persebaran rambut merata, warna rambut putih merata karena uban

Bau : sedikit bau

Warna : putih merata dikarenakan uban

- c) Wajah : wajah tidak simetris
 Warna kulit : warna kulit sawo matang
 Struktur wajah : tidak simetris

2. Mata

- a) Kelengkapan dan kesimetrisan : Simetris kanan kiri, tidak ada juling
- b) Kelopak mata (Palpera) : tidak ada kelainan
- c) Konjungtiva dan sclera : konjungtiva merah muda
- d) Pupil : pupil isokor, mengecil ketika diberi rangsangan cahaya (miosis)
- e) Kornea dan iris : tidak ada peradangan, jernih, iris berwarna kecoklatan
- f) Pergerakan bola mata : tidak ada kelainan, mengikuti arah objek tangan perawat, ke arah kanan kiri, atas bawah dan samping atas, samping bawah
- g) Ketajaman penglihatan / visus *) : klien tidak memakai alat bantu penglihatan
- h) Medan penglihatan : klien mampu melihat dengan jelas
- i) Tekanan bola mata *) : tidak ada nyeri tekan

3. Hidung

- a) Tulang hidung dan posisi septum nasi : simetris, tulang hidung dan septum nasi berada ditengah
- b) Lubang hidung : lubang hidung 2 dan bersih
tidak terdapat sumbatan, tidak terdapat nyeri tekan
tidak ada perdarahan, mampu membedakan bau
- c) Cuping hidung : tidak terdapat pernafasan Cuping hidung

4. Telinga

- a) Bentuk telinga : simetris kanan dan kiri, tidak ada benjolan, tidak terdapat nyeri tekan
- b) Ukuran telinga : ukuran telinga sama antara kanan dan kiri, tidak ada kelainan
- c) Lubang telinga : lubang telinga besarnya sama, keadaan telinga bersih
- d) Pemeriksaan pendengaran : tidak terdapat gangguan pendengaran, mampu mendengar dengan jelas

5. Mulut dan faring

- a) Keadaan bibir : bibir tidak simetris, berwarna pink kehitaman, tidak kering dan tidak pucat
- b) Keadaan gusi dan gigi : gusi berwarna pink, terdapat karies gigi, gigi karies ada yang tanggal, tidak terdapat karang gigi, tidak memakai gigi palsu.
- c) Keadaan lidah : mampu menjulurkan lidah tapi hanya sedikit.
- d) Faring : tidak terdapat peradangan.

6. Leher :

- a) Posisi trakea : lefat berada ditengah
- b) Tiroid : tidak terdapat pembengkakan kelenjar tiroid
- c) Suara ucapan : Suara dan ucapan klien terdengar burang jelas karena cedal
- d) Kelenjar lymph : tidak terdapat pembengkakan
- e) Vena jugularis : tidak terdapat pembengkakan
- f) Denyut nadi carotis : ada dan teraba denyut nadi carotis

d. Pemeriksaan integumen :

- Inspeksi : kulit berwarna sawo matang, kenput, tidak terdapat lesi. Kulit tampak lembab
- Palpasi : Turgor kulit kembali < 3 detik, akral dingin, CRT < 3 detik, Suhu tubuh 36,5

e. Pemeriksaan dada / thorax :

7. Pemeriksaan Jantung

- Inspeksi : Ictus cordis tidak terlihat

Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS 5, frekuensi nadi 103 x/menit

Perkusi : Suara jantung pekak

Auskultasi : Suara jantung lup dup

8. Pemeriksaan Paru

Inspeksi : bentuk normal chest, pernapasan reguler, tidak ada retraksi intercosta

Palpasi : Vocal fremitus (gelaran) sama dilapang paru kanan dan kiri

Perkusi : Suara paru sonor

Auskultasi : tidak terdengar suara nafas tambahan

f. Pemeriksaan payudara :

Inspeksi : payudara simetris kanan kiri, areola berwarna kecoklatan

Palpasi : tidak teraba adanya benjolan

g. Abdomen :

Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan, tidak ada lesi

Auskultasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak terdapat masa, tidak ada pembesaran hepar.

Perkusi : terdengar suara Tympani

Palpasi : Bising usus terdengar 8x/menit

h. Genetalia :

Inspeksi : tidak ada luka, tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil / inkontinensia urine.

Palpasi : tidak ada benjolan

i. Ekstremitas :

Inspeksi : tidak ada lesi

Palpasi : ekstremitas sinistra lemah

$$\frac{5}{8} \frac{2}{2}$$

11. PEMERIKSAAN NEUROLOGIS

Tingkat Kesadaran/GCS:

Kesadaran Compos mentis GCS 4-5-6

Kemampuan sensorik :

Sensasi nyeri (+)

Sensasi panas dan dingin (+)

Penciuman (+)

Kemampuan motorik :

Hemiparesis pada bagian kiri

Reflek :

a) Reflek fisiologis :

- Trisep (+) (+)

- Bisep (+) (-)

- Patela (+) (-)

b) Refleks patologis :

Babinski (-) (+)

Chaddock (-) (+)

Nervus cranialis :

- a) Nervus I (Olfaktorius) : Pendiuman klien baik, klien mampu mencium bau makanan dan bau minyak kayu putih
- b) Nervus II (Optikus) : Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kaca mata, klien dapat melihat tulisan pada dinding
- c) Nervus III (Okulomotorius) : pupil miotik (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya)
- d) Nervus IV (Troclearis) : klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan ke bawah
- e) Nervus V (Trigeminus) : refleks berkedip klien positif
- f) Nervus VI (Abdusen) : klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri
- g) Nervus VII (Fasialis) : wajah klien sedikit tidak simetris
- h) Nervus VIII (Vestibulokoklearis) : fungsi pendengaran baik
- i) Nervus IX (Glossofaringeus) : klien mengalami kesulitan bicara (cedal), klien masih mampu membedakan rasa makanan
- j) Nervus X (Vagus) : klien saat makan tidak mengalami kesulitan menelan makanan
- k) Nervus XI (Aksesorius) : Klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan
- l) Nervus XII (Hipoglossus) : klien mampu sedikit menjulurkan lidah

12. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tanggal Pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Referensi Nilai
09 Maret 2025	Hemoglobin	13.5	g/dL	13.5 - 18.0
	Hematokrit	44.7	%	42.0 - 51.0
	Leukosit	14.8	$10^3/\mu\text{L}$	4.0 - 10.5
	Trombosit	189	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
	Eritrosit	5.50	Juta/ μL	3.50 - 4.76
	MCV	81.3	fL	78.0 - 100.0
	MCH	29.5	pg	31.0 - 37.0
	MCHC	30.2	g/dL	37.0 - 54.0
	RDW	14.7	%	11.0 - 16.0
	PDW	13.0	fL	9.0 - 17.0
	MPV	10.2	fL	8.0 - 11.0
	Neu %	79.4	%	37.0 - 72.0
	Lym %	10.4	%	15.0 - 50.0
	Mxd %	10.2	%	0.0 - 14.0
	Neu #	11.8	$10^3/\mu\text{L}$	1.5 - 6.6
	Lym #	1.5	$10^3/\mu\text{L}$	1.5 - 3.5
	Mxd #	1.5	$10^3/\mu\text{L}$	< 1.0
	Glukosa Darah	173	mg/dL	< 180.0

CT Scan kepala tanpa kontras (09/3/2025) jam 14.23 WIB

- a) Sub acute - Chronic ischemic cerebral infarction di periventrikular lateralis et deep temporalis bilateral, pons dan cerebellum kanan
- b) Tak nampak lesi hiperdense berdensitas darah di brain parenchyma
- c) Ateroklerosis MCA et vertebralis bilateral

Thorax PA/AP (09/3/2025) jam 10.01 WIB

- 1) COR : Kesan membesar, tampak elongasi aorta
- 2) Pulmo : Tampak penebalan corakan vaskuler paru kanan kiri
- 3) Trachea dilengah
- 4) Hemidiafragma kanan kiri tampak baik
- 5) Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam
- 6) Tulang-tulang tampak baik.
- 7) Soft tissue tampak baik

Kesan :

- pulmo kongestif
- Elongasi aorta
- Cor prominent

Kimia Klinik (09-03-2025)

Tes	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
SGOT	18.2	U/L	10.0 - 40.0
SGPT	14.9	U/L	10.0 - 35.0
UREUM	14.7	mg/dL	15.0 - 45.0
CREATININ	1.0	mg/dL	0.9 - 1.3

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : Tn. S
 UMUR : 75 tahun
 NO. REGISTER : 387107
 RUANG : Unit Stroke

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	Ds: - Px mengatakan kepalanya terasa pusing yang berat seperti tertimpa benda Do: - keadaan umum lemah - kesadaran composmentis - GCS 4-5-6 - CRT ≤ 3 detik - Akral terasa hangat - TTV: - TD: 185/103 mmHg - NI: 103 x/menit - RR: 20 x/menit - S: 36,5 °C - Spo₂: 99% - Hasil CT-Scan 1) Sub acute chronic ischemic cerebral infarction di periventricular lateralis et deep temporalis bilateral, pons dan cerebellum kanan 2) Tak nampak lesi hiperdense berdensitas darah di brain parenchyma 3) Aterotrombosis MCA et vertebralis bilateral - Reflek fisiologis: - Trisep (+) (-) - Bisep (+) (-) - Patella (+) (-) - Reflek patologis: - Babinski (-) (+) - Chaddock (-) (+) - Kekuatan otot	Gangguan perfusi jaringan serebral	Defisit neurologis ↓ TKK meningkat ↓ Desat ruang foramen otak ↓ Peningkatan tekanan vascular cerebral

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : Tn. S
 UMUR : 75
 NO. REGISTER : 387107
 RUANG : 45

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	Ds: Px mengatakan tangan kirinya kiri terasa lemas dan terasa berat Do: - Keadaan umum lemah - Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas - ADL dibantu keluarga dan perawat - BAK menggunakan pampers - Personal hygiene: disibin, digantikan baju oleh keluarga - Reflek fisiologis: - Trisep (+) (-) - Bisep (+) (-) - Patela (+) (-) - Reflek patologis: - Babinski (-) (+) - Chaddock (-) (+) Kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{2}{2}$	Gangguan mobilitas fisik	Defisit neurologis ↓ Kehilangan Kontrol Volanter ↓ Hemiparesis / hemiplegia

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : Tn S
 UMUR : 75 tahun
 NO. REGISTER : 387107
 RUANG : Unit Stroke

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
3	Ds: klien mengatakan bicara sedikit sulit Do: - K/u lemah - GCS 4-5-6 - Bicara sulit dimengerti - Bibir tidak simetris - Hemiparesis - Terdapat gangguan pada nervus VII (fasialis) wajah tidak simetris	Gangguan komunikasi Verbal	Defisit neurologis ↓ Disfungsi bahasa dan komunikasi ↓ Disartria

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn. S
 UMUR : 75 tahun
 NO. REGISTER : 387107
 RUANG : Unit Stroke

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
1	10 Maret 2025	Gangguan Perfusi serebral berhubungan dengan defisit Neurologi	12 Maret 2025	Hml

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn. S
 UMUR : 75 tahun
 NO. REGISTER : 387107
 RUANG : Unit stroke

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
2	10 Maret 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	12 Maret 2025	<i>[Signature]</i>

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn. S
 UMUR : 75 tahun
 NO. REGISTER : 387107
 RUANG : Unit Stroke

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
3.	10 Maret 2025	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria	12 Maret 2025	

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	NOC	NIC	Rasionalisasi	Tanda Tangan
2.	8/25/03	D. 0034	Dengan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu melakukan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya dengan kriteria hasil: 1) Tidak terjadi peningkatan suhu 2) Berjalan kembali ke rumah sakit 3) Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas	oprasional 1) Identifikasi adanya nyeri atau ketidaklancaran 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1) Identifikasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2) Fasilitas melakukan pergerakan, jika perlu 3) Uraikan rencana untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: 1) Jelaskan tujuan prosedur mobilisasi 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dan 3) Anjurkan mobilisasi sederhana 4) Anjurkan duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur	1) Untuk mengetahui adanya ketidaklancaran 2) Untuk mengetahui gerakan sendi yang di perbolehkan 3) Untuk mengetahui kondisi umum saat melakukan mobilisasi 4) Agar mempermudah klien dalam mobilisasi 5) Agar mempermudah klien dalam mobilisasi 6) Agar mempermudah klien dalam mobilisasi 7) Agar klien mengetahui tujuan dan prosedur dalam mobilisasi 8) Agar klien mengerti bahwa mobilisasi 9) Agar klien dan keluarga mengetahui cara mobilisasi	

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	NOC	NIC	Rasionalisasi	Tanda Tangan
3.	8/5 07	D. 0119	Dengan diberikan tindakan berupa ucapan selama 3x 24 jam di kembangkan klien menunjukkan peningkatan ketahanan kemampuan komunikasi verbal dengan kriteria hasil: 1). Perlu ada menunjukkan peningkatan yang dialami ketahanan 2). Klien berkomunikasi dengan jelas 3). Klien tidak berbicara berulang ulang untuk mengulang maksud yang sama	diintervensi: 1) Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan ditiis bicara 2) Monitor proses kognitif, afektif, dan psikologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) 3). Intervensi perilaku evaluasi dan fiit sebagai bentuk komunikasi keperawatan 4). Contoh metode komunikasi: allanget (mis. menulis, menggambar, menggunakan gambar) 5) Ulangi upaya yang dilaksanakan pemeran 6) Berikan dukungan psikologis dukungan: 7). Anjurkan bicara perlahan kecepatan: 8). Rujuk ke Ahli patologi bicara atau terapi		Amf

IMPLEMENTASI

NAMA

UMUR :

NO. REG :

RUANG :

No.	Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan/ Implementasi	Tanda Tangan
	8/25 03	Gangguan perfusi jaringan Cerebral b.d hipotensi	1) Melakukan BHTSP kepada klien dan keluarga klien 2) Melakukan TTV TD: 180/100 mmHg RR/SPO ₂ : 20/91% 3) N: 65x/menit S: 39°C 3) Melakukan kolaborasi dengan memberikan injeksi IV - Cefi colen 2x 500 mg 4). Mengidentifikasi penyebab Peningkatan TIK keluarga px. mengatakan bahwa px mempunyai tensi yang tinggi 5) Memonitor regulasi irama nafas frekuensi nafas 20x/menit ada suara nafas tambahan 6) Memonitor tingkat kesadaran kesadaran masih apatis 7) Mempertahankan posisi kepala dan leher netral 8) posisi klien sejajar dengan badan 8). Melakukan tensi Ulang pada klien. -TD: 170/96	

IMPLEMENTASI

NAMA :

UMUR :

NO. REG:

RUANG :

No.	Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan/ Implementasi	Tanda Tangan
2	8/15 03	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan Neuromuskular	1) Melakukan BHP pada klien dan keluarga 2) Mengidentifikasi tolakan fisik yang boleh dilakukan klien 3) Melakukan ROM aktif dengan bantuan keluarga 4) Melakukan ROM aktif dengan bantuan keluarga 5) Memantau kondisi klien selama latihan ROM 6) Melibatkan keluarga dalam latihan ROM	
3	8/15 03	Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan Neuromuskular	1) Melakukan BHP pada klien dan keluarga 2) Mengajari keluarga px cara melatih bicara dengan ABTAD 3) Menggunakan metode komunikasi alternatif 4) px mengatakan ya dengan isyarat tangan dan tidak dengan menggeleng kepala 5)	

EVALUASI

NAMA : Tn.S

UMUR : 75 tahun

NO. REG.: 387107

RUANG : Unit Stroke

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan
1.	10 Maret 2018 jam 13.30 WIB	Gangguan Perfusi Jaring Cerebral berhubungan dengan deficit neurologis	S: - Klien mengatakan mati pusing yang berat seperti terhimpit benda - p : Klien merasa pusing saat digunakan bergerak - Q : Klien merasa pusing cemut-cemut - R : Klien merasa pusing di kepala bagian depan - S : Pusing terasa berat - T : Pusing terasa seputu-wopu O : - F/u lemah - Kesadaran Compos mentis - GCS 4 - 5 - 6 - CRT < 3 detik - Akral terasa hangat - Turgor Kulit kembali < 3 detik - TTV - TD: 133/103 mmHg - N: 103 x/menit - S: 36.5°C - RR: 20 x/menit - SpO₂: 99% A: Masalah belum teratasi P: - Mengkaji tingkat kesadaran dan GCS - Mengukur tanda-tanda vital - Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas - Mempertahankan suhu normal

EVALUASI

NAMA : Tn-S

UMUR : 75 tahun

NO. REG.: 387107

RUANG : Unit Stroke

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan
2.	10 Maret 2025 13.40 WIB	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.	S: Klien mengatikan tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemas dan berat O: - Keadaan umum lemah - ADL dibantu oleh keluarga dan perawat - Kekuatan otot $\begin{array}{r} 5 \\ + 2 \\ \hline 7 \end{array}$ A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi - Mengkaji Kemampuan motorik - Mengajarkan pasien untuk melakukan ROM 3x perhari bila mungkin - Mengobservasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi. - Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk melakukan latihan ROM

EVALUASI

NAMA : Th. S

UMUR : 75 tahun

NO. REG.: 387107

RUANG : Unit Stroke

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan
3.	10 Maret 2025 / 13.50	Gangguan komunikasi Verbal berhubungan dengan disatria	S : - klien mengatakan bicara sedikit sulit O : - Keadaan umum lemah - Kesadaran compos mentis - Bicara klien cadel dan sedikit tidak jelas - Klien tampak sulit saat berbicara (disatria) A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi - Mengkaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/ Jam	Diagnosa Kep.	Implementasi	Evaluasi (S O A P)
11 Maret 2018 08.45	Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan defisit neurologik	1) Memonitor kesadaran klien: Kesadaran kompos mentis GCS: 4-5-6 2) Mempertahankan kepala tempat tidur klien 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk 3) Mempertahankan klien untuk bedrest, memberikan lingkungan tenang dengan membatasi pengunjung dan meminimalkan suara bising bawaan keluarga klien 4) Menyiapkan injeksi - Citicoline 500 mg 5) Memberikan injeksi IV - Citicoline 500 mg 6) Mengukur TTV TD: 114/93 mmHg H: 93 x/menit RR: 20 x/menit S: 36,3 °C SpO ₂ : 99 % 7) Mengajarkan px u/ tidak menekuk lututnya bahu, baring, feses yang keras atau mengejan 8) Mempertahankan suhu normal	S: - Klien mengatakan masih sedikit pusing P: - Klien merasa pusing saat digubatkan bergerak Q: - Klien merasa pusing R: - Klien merasa pusing di kepala bagian depan S: - Pusing sudah tidak terasa berat T: - Pusing terasa sewaktu-waktu berkurang O: - Lgs Lemah - Kesadaran kompos mentis GCS: 4-5-6 - CRT < 3 detik - Akral terasa hangat - Turgor kulit kembali < 3 detik - TTV: TD: 114/93 mmHg H: 93 x/menit RR: 20 x/menit S: 36,3 °C SpO ₂ : 99 % A: - Masalah teratasi sebagian - Klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran - Peningkatan TIK tidak ada P: - Lanjutkan intervensi - Monitor tingkat kesadaran dan GCS - Monitor tanda-tanda vital - Mempertahankan klien bedrest, berikan lingkungan yang tenang, batasi pengunjung dan waktu istirahat - Mempertahankan suhu normal

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/ Jam	Diagnosa Kep.	Implementasi	Evaluasi (S O A P)
10 Maret 2015 21-00 WIB	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	1) Mengkaji kemampuan motorik dan memelihara kekuatan otot $\begin{array}{r} 5 \ 13 \\ 5 \overline{) 13} \end{array}$ 2) Mengajak klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada ekstremitas kiri yang mengalami kelemahan, seperti menekuk tangan dan kaki kiri, mengenggam dan melebarkan jari-jari tangan dan kaki 3) Membantu klien mengubah posisi Sendi (miring kanan kiri) setiap 2 jam sekali 4) Mengobservasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema atau tanda lain gangguan sirkulasi 5) Melakukan massage pada daerah yang tertekan 6) Menginspeksi kulit tertekan pada daerah tertekan, dan memberikan bantalan lunak	S: - Klien mengatakan bisa mengangkat tangan dan kaki sebelah kiri tetapi tidak bisa lama O: - K/u lemah - ADL masih dibantu keluarga dan perawat - Kekuatan otot $\begin{array}{r} 5 \ 13 \\ 5 \overline{) 13} \end{array}$ Bisa mengangkat tapi langsung jatuh A: Masalah teratasi sebagian - Mempertahankan integritas kulit - Kebutuhan ADL terpenuhi P: Lanjutkan Intervensi 1, 2, 4, 5, 8

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/ Jam	Diagnosa Kep.	Implementasi	Evaluasi (S O A P)
11 Maret 2015 2.00 WIB	Gangguan Komunikasi Verbal b-d disartria	1). Mengatasi kemampuan komunikasi klien : klien bisa berbicara tetapi sedikit cedal, kala-kala sudah mulai bisa diptani 2). Mempertahankan kontak mata saat berbicara pada klien dan berbicara dengan intonasi normal 3). Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara: mengajak klien mengutarakan perasaannya untuk dengan mengutarakan untuk berbicara pelan dan kalimat pendek 4). Memberikan respon terhadap perilaku non verbal kepada klien dengan memberikan acungan jempol 5). Menciptakan lingkungan yang aman dan privasi	S: - Klien mengatakan bicara masih sedikit sulit O: - K/u lemah - Kesadaran Compos mentis - GCS 4-5-6 - Bicara klien masih cedal - Disartria A: Masalah teratasi sebagian - Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar - Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain P: Lanjutkan intervensi 1, 2, 3

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/ Jam	Diagnosa Kep.	Implementasi	Evaluasi (S O A P)
12-03-2025 14.00 WIB	Gangguan perfusi jaringan serebral b.d defisit Neurologis	1) Mengraji tingkat kesadaran kesadaran kompos mentis GCS 4-5-6 2) Mempertahankan klien untuk bedrest 3) Menyiapkan Injeksi IV Citicoline 500 mg 4) Menawarkan Injeksi IV Citicoline 500 mg 5) Mengukur TTV TD : 158/104 mmHg N : 93x/menit RR : 20x/menit S : 36.5°C SpO ₂ : 99% 6) Mempertahankan suhu normal	S: Klien mengatakan sudah tidak pusing O: - F/u cukup - kesadaran kompos mentis GCS 4-5-6 - CRT < 3 detik - Akral terasa hangat - Turgor kulit < 3 detik - TTV TD : 158/104 mmHg N : 93x/menit RR : 20x/menit S : 36.5°C SpO ₂ : 99% A: Masalah teratasi - Klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran - Peningkatan TIK tidak ada - Gangguan lebih lanjut tidak ada P: Hentikan intervensi klien pulang

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/ Jam	Diagnosa Kep.	Implementasi	Evaluasi (S O A P)
12 Maret 2020 14.00 WIB	Gangguan mobilitas fisik- b.d penurunan kekuatan otot	1) Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot S 14 S 14 2) Mengajarkan klien dan keluarga untuk melakukan ROM 3 x sehari bila mungkin 3) Mengobservasi daerah yang terdapat terasur warna, edema atau tanda lain gangguan sirkulasi 4) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk melakukan latihan ROM	S: - klien mengatakan bisa mengangkat tangan dan kaki sebelah kiri agak lama O: - Kt cukup - ADL masih dibantu keluarga dan perawat - ketulan otot S 14 S 14: Bisa mengangkat tetapi jika masih dorongan tangan dan baring bisa hanya sedikit dorongan A: Masalah teratasi sebagian - Mempertahankan kebutuhan tubuh secara optimal tidak ada kontaktur, foot drop - Mendemonstrasikan teknik perilaku melakukan aktivitas - Mempertahankan integritas kulit - Kebutuhan ADL terpenuhi R: Intervensi dihentikan klien pulang.

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/ Jam	Diagnosa Kep.	Implementasi	Evaluasi (S O A P)
12-3-2025 14:00 WIB	Gangguan komunikasi verbal b.d diartikan	Mengajar kemampuan komunikasi: 1) Klien adanya gangguan bicara 2) Mempertahankan kontak mata dengan pasien saat berkomunikasi 3) Mengajarkan teknik untuk memperbaiki bicara dengan kata-kata sederhana.	S: - Klien mengatakan bicara sudah mulai bisa - Klien dapat - Kesadaran Bermanis - Bicara sedikit masih cadel tetapi sedikit mudah dipahami A: Masalah teratasi sebagian - Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal - Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar - Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain P: Intervensi dihentikan klien pulang.

Lampiran IV



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
Politeknik Kesehatan Malang
 Jalan Brawijaya 77C
 Malang, Jawa Timur 65112
 Telp. (0441) 566075
 Email: info@poltekkes-malang.ac.id

Trenggalek, 18 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/51/2025

Lamp. : 1 (satu) bendel

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

Kepada :

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 : REZA NUR FADILA

NIM : P17240223052

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien 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 penkisa dan disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



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

TEMBUSAN disampaikan kepada :

Yth. 1. Sdr. Kasi, Pelayanan Keperawatan.

2. Sdr. Karu, Unit Stroke

3. Peneliti.



Dipindai dengan CamScanner

Lampiran V



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/ 67 /406.010.001/18.00/2025
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Penelitian

Yth. Sdr. Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek
Polekkes 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 : REZA NUR FADILA
NIM : P17240223052
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi Asal : Polekkes Kemenkes Malang Kampus Trenggalek

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "Asuhan Keperawatan pada Klien 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. Menjalani 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
Kend. Pengendalian dan Pengendalian



Pembina
NIP. 19741020 199603 1 003

Tembusan disampaikan kepada:

- Yth. 1. Sdr. Kasi Pelayanan Keperawatan
2. Sdr. Ka. Instalasi Rawat Inap
3. Sdr. Ka.
RSUD dr. SOEDOMO Kab. Trenggalek
4. Sdr. Peneliti
5. Arsip



Digitized with CamScanner

Lambran VI



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 : Reza Nur Fadila
 NIM : P17240223052
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien *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.	16/04/2025	- Revisi analisa data untuk data subyektif dan obyektif - Revisi daftar pustaka : Gunakan dafpus 10 tahun terakhir	Hes-
9.	21/04/2025	- Revisi Abstrak - Siapkan PPT untuk semhas	Hes-
10.	22/04/2025	- ACC - Siapkan Seminar Hasil	Hes-
11.	09/05/2025	- Benahi implementai - Ganti tanggal penelitian	Hes-
12.	15/05/2025	- ACC KTI	Hes-



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Reza Nur Fadila
NIM : P17240223052
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien *CVA (Cerebro Vaskuler 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	
2	10 – 02 - 2025	ACC Lanjutkan penelitian	
3	08-05-2025	• Perbaiki konsep diagnosa gangguan perfusi jaringan serebral • Ds dan Do harus disesuaikan dengan konsep teori	

4	09-5-2025	• Penomoran implementasi, planning sesuai penomoran intervensi • Perbaiki pembahasan pada kesenjangan nervus cranialis	
5	15-05-2025	• Lengkapi evaluasi awal dinas dibagian catatan perkembangan	
6	15-05-2025	• ACC KTI	