

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *CVA INFARK* DI RUANG
UNIT STROKE RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK**

TUGAS AKHIR

RISQI SEPTIAWAN

NIM. P17240223030



**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
DIPLOMA 3 KEPERAWATAN
TRENGGALEK**

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CVA *INFARK* DI RUANG
UNIT STROKE RSUD dr.SOEDOMO TRENGGALEK**

Tugas Akhir Diploma-3 Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma 3 Keperawatan Di Program Studi Keperawatan
Trenggalek Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

RISQI SEPTIAWAN

NIM.P17240223030



**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
DIPLOMA 3 KEPERAWATAN
TRENGGALEK**

2025

CURRICULUM VITAE

Nama : Risqi Septiawan
Tempat tanggal lahir : Trenggalek 27 September 2000
Agama : Islam
Alamat : RT/W 06/03 Desa Pule Kec. Pule
Kab.Trenggalek
Handphone : 082257659291
Email : risqiseptiawan86@gmail.com



Riwayat pendidikan :

1. TK Negeri 1 Pule lulus tahun 2007
2. SD Negeri 1 Pule lulus tahun 2013
3. SMP Negeri 1 Pule lulus tahun 2016
4. SMA Negeri 1 Karanganyar lulus tahun 2019
5. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Study D3 Keperawatan
Trenggalek tahun 2022-2025

Riwayat Organisasi :

1. Anggota Puspenitetri Prodi D3 Keperawatan Trenggalek periode 2022- 2025
2. Anggota UKM Olahraga Prodi D3 Keperawatan Trenggalek periode 2022- 2025

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Risqi Septiawan

NIM : P17240223030

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Politeknik Kesehatan

Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya 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, 7 Mei 2025

Pembimbing



Mimik Christiani, SST., M.Kes.
NIP. 919800707201901101

Yang membuat pernyataan



Risqi Septiawan
NIM. P17240223030

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Risqi Septiawan (P17240223030) dengan judul
**“Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan CVA Infark di Ruang Unit Stroke RSUD
dr. Soedomo Trenggalek”**, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 7 Mei 2025

Dosen Pembimbing



Mimik Christiani, SST, M.Kes

NIP. 919800707201901101

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Risqi Septiawan (P17240223030) dengan judul
“Asuhan Keperawatan Pada Pada Klien dengan CVA *infark* di Ruang Unit
Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”, telah dipertahankan di depan dewan
penguji pada 09 Mei 2025.

Dewan Penguji

Ketua Penguji



Ns. Tunik, S.Kep., M. Kep
NIP. 919830225201901201

Anggota Penguji



Mimik Christiani, SST., M. Kes
NIP. 196912181994032005

Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



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

MOTTO

**“JANGAN BIARKAN PERASAAN LELAH
MENGHALANGI LANGKAHMU UNTUK
MERAHIM IMPIANMU”**

LEMBAR PERSEMBAHAN

Yang Utama Dari Segalanya.....

Sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT. Taburan cinta dan kasih sayang-Mu telah memberikan kekuatan, membekaliku dengan ilmu serta memperkanalkanku dengan cinta. Atas karunia serta kemudahan yang engkau berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan. Sholawat dan salam selalu terlimpahkan keharibaan Rasullah Muhammad SAW. Kupersembahkan karya sederhana ini kepada orang yang sangat kukasihi dan kusanyangi.

Untuk Ayah dan Ibuku

Secerca kata yang mewakili semua rasa syukurku yang telah di anugrahi malaikat tak bersayap. Ibuku Maryatun dan Ayah Marjuki yang selama ini menjadi penyemangat dalam menjalani hidup ini. Kasih sayang yang tulus diberikan tanpa minta balas, yang tak henti mendoakan setiap langkah menuju kesuksesan dan yang selalu menguatkan hati ini saat hati terluka. Ku persembahkan gelar ini untukmu malaikatku yang senantiasa menemani setiap langkah sulitku. Ku mohon tetaplah tersenyum untuk melihat kesuksesanku, melihat aku menyandang gelar PERAWAT dan selalu membanggakan untuk kalian ayah dan ibuku.

Aku sayang kalian Ayah dan Ibuku.....

Untuk Keluarga Besarku

Teruntuk keluarga besarku terutama kakak-kakaku, adik-adikku, budhe dan pakde yang selalu mendukungku, menyemangatiku, selalu ada disaat aku berada dalam keadaan apapun, dan yang selalu menunggu dan membatuku untuk meraih kesuksesanku, terima kasih banyak semoga ini menjadi langkah awal untuk menjawab semua harapan dan do'a kalian untuk kesuksesanku.

Teman – teman yang ku sayangi

Teruntuk temanku terima kasih sudah membantu saya dalam keadaan senang maupun susah, mendengar keluh kesahku, memberikan semangat dan selalu mendukungku. Teruntuk temanku satu kelas dan satu angkatan aku bangga sama kalian semua. Teman yang susah senang selalu bersama, kebersamaan yang akan selalu terkesan sepanjang masa. Terima kasih untuk semua do'a, cerita, dukungan selama aku disini. Kalian luar biasa.

Dosen Pembimbing Tugas Akhirku

Ibu Mimik Christiani,SST.,M.Kes dan Ibu Ns. Rahayu Niningasih,S.Kep.,M.,Kes selaku dosen pembimbing tugas akhir saya, terima kasih ibu untuk waktunya selama ini, saya sudah dibantu, sudah dinasehati, sudah diajari, saya tidak akan lupa atas bantuan dan kesabaran dari ibu. Terima kasih banyak bu. Ibu adalah dosen favorit saya.

**Seluruh Dosen Pengajar dan seluruh staff karyawan Prodi D3 Keperawatan
Trenggalek**

Saya ucapkan terima kasih, karena selama ini sudah tulus dan ikhlas memberikan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan saya, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada nilai dan harganya agar saya menjadi manusia yang lebih baik dan bermanfaat. Terima kasih atas ilmu yang kalian berikan, semoga ilmu yang saya dapat bermanfaat bagi orang banyak diluar sana.

Aamiin...

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan pada Klien CVA Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr.Soedomo”** sesuai waktu yang ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun sebagai salah satu persyaratan melaksanakan penelitian.

Dalam penyusunan, penulis mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Dr. Moh Wildan, A.Per.Pen., M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kab. 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. dr. Mokh. Rofiq Hindiono,M.M.R.S., selaku Direktur RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek
4. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes.
5. Mimik Christiani,SST.,M.Kes., selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

6. Ns. Tunik , S.Kep.,M.Kep selaku dewan penguji karya tulis ilmiah yang telah memberikan masukan yang membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
7. Eko Atmaja, A.MD.Kep selaku kepala ruang Flamboyan dr. Soedomo Trenggalek yang telah menyediakan lahan penelitian dan memberi izin untuk melakukan penelitian
8. Dosen dan staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus V Trenggalek.
9. Partisipan yang telah bersedia menjadi klien dalam penelitian Karya Tulis Ilmiah
10. Seluruh teman – teman yang telah memberikan masukan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.

Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, maka dengan segala kerendahan hati saran dan kritik yang konstruktif sangat peneliti harapkan demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Demikian Karya Tulis Ilmiah ini, semoga dapat bermanfaat dan menambah wawasan bagi pembaca.

Trenggalek, 7 Mei 2025



Risqi Septiawan

ABSTRAK

Risqi Septiawan (2025). Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi DIII Keperawatan Trenggalek, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing: Mimik Christiani, S.ST., M.Kes

Cerebro Vascular Accident (CVA) merupakan kerusakan fungsi otak yang timbul akibat berkurangnya aliran darah ke otak. Tujuan penelitian ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan CVA Infark yang mengalami kelemahan ekstremitas sehingga tidak bisa melakukan perawatan diri di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Rancangan penelitian menggunakan deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Partisipan dalam penelitian ini adalah klien yang mengalami *CVA infark* kesadaran composmentis dengan masalah keperawatan Defisit Perawatan Diri tanpa penyakit penyerta lainnya. Analisa dilakukan dengan cara membandingkan antara teori dan fakta. Dari hasil penelitian didapatkan kesenjangan teori dan fakta yaitu pola nutrisi dan cairan, pola kognitif dan sensori persepsi, keadaan umum, pemeriksaan fisik meliputi (mata, hidung, telinga, mulut, auskultasi pada bagian dada/thorak, abdomen), pada syaraf kranial meliputi (optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduksen, fasialis, glossofarinkus, vagus, hipoglossus). Masalah keperawatan yang muncul yaitu Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskular. Intervensi disusun berdasarkan teori-teori dari kepustakaan yang ada dan mengacu pada standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit. Implementasi keperawatan menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien. Tahap evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk 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 : CVA Infark, Defisit Perawatan Diri, Asuhan Keperawatan.

ABSTRACT

Risqi Septiawan (2025). Nursing Care for Client with CVA Infark at Stroke Unit Room of RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Scientific Paper Case Study, DIII Nursing Study Program, Trenggalek, Nursing Department, Health Polytechnic, Ministry of Health, Malang. Supervisor: Mimik Christiani, S.ST., M.Kes.

Cerebro Vascular Accident (CVA) is a malfunction of the brain that arises due to reduced blood flow to the brain. The purpose of this study was to provide nursing care to clients with Cerebro Vascular Accidents in the Stroke Unit Room of RSUD dr. Soedomo Trenggalek. The research design used descriptive qualitative with a case study approach. Participants in this study amounted to one client WHO experienced infark CVA with composmentis awareness without infectious comorbidities. The analysis is done by comparing between theory and facts.

From the results of the study, it was found that there were gaps in theory and facts, namely nutrition and fluid patterns, cognitive patterns and sensory perception, general condition, physical examination including (eyes, nose, ears, mouth, auscultation of the chest/thorax, abdomen), cranial nerves including (opticus, oculomotorius, trochlear, trigeminal, abducens, facial, glossopharyngeal, vagus, hypoglossal). And nursing problems that arise are the risk of impaired cerebral tissue perfusion associated with increased cerebral vascular pressure, impaired verbal communication associated with neurological deficits, impaired physical mobility associated with decreased muscle strength. Interventions are prepared based on theories from existing literature and refer to standard operating procedures in hospitals. Nursing implementation adjusts to the needs and conditions of the client. At the evaluation stage using SOAP progress notes to make it easier to monitor client progress. During the three-day evaluation, the client's condition began to change, even though it had not reached maximum results with the criteria for the results of the problem being partially resolved.

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

Keyword : CVA Infarction, Self Care Deficit, Nursing Care

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER	ii
CURRICULUM VITAE	iii
LEMBAR KEASLIAN TULISAN.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
LEMBAR PENGESAHAN	vi
MOTTO	vii
LEMBAR PERSEMBAHAN	viii
KATA PENGANTAR.....	xi
ABSTRAK	xiii
ABSTRACT	xiv
DAFTAR ISI	xv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR SINGKATAN.....	xx
DAFTAR ISTILAH.....	xxi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah.....	3
1.3 Rumusan Masalah	4
1.4 Tujuan Penelitian.....	4
1.4.1 Tujuan Umum	4
1.4.2 Tujuan Khusus	4
1.5 Manfaat Penelitian	5
1.5.1 Manfaat Teoritis	5
1.5.2 Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7

2.1 Konsep Dasar CVA (Cerebral Vaskuler Accident)	7
2.1.1 Definisi CVA Infark	7
2.1.2 Klasifikasi CVA Infrak.....	8
2.1.3 Etiologi CVA Infark	8
2.1.4 Manifestasi Klinis	10
2.1.5 Faktor Risiko.....	13
2.1.6 Patofisiologi	14
2.1.7 Penatalaksanaan	17
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	18
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	19
2.2.1 Pengkajian.....	20
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	27
2.2.3 Intervensi Keperawatan	33
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	39
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	39
BAB III METODE PENELITIAN	41
3.1 Rancangan Penelitian	41
3.2 Batasan Istilah	42
3.3 Partisipan.....	42
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	43
3.4.1 Lokasi.....	43
3.4.2 Waktu	43
3.5 Pengumpulan Data	43
3.5.1 Bahan/Instrumen	43
3.5.2 Metode Pengumpulan Data.....	43
3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data.....	44
3.6 Uji Keabsahan Data.....	46
3.7 Analisa data	48

3.8 Etika Penelitian	49
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	51
4.1 Hasil.....	51
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	51
4.1.2 Pengkajian	52
4.1.3 Analisa Data.....	62
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	64
4.1.5 Intervensi	66
4.1.6 Implementasi	71
4.1.7 Evaluasi	73
4.1.8 Catatan Perkembangan	75
4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan.....	79
4.2 Pembahasan	93
4.2.1 Pengkajian	93
4.2.2 Diagnosa keperawatan.....	95
4.2.3 Intervensi keperawatan	96
4.2.4 Implementasi keperawatan	96
4.2.5 Evaluasi	97
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	98
5.1 Kesimpulan.....	98
5.1.1 Pengkajian	98
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	98
5.1.3 Intervensi	98
5.1.4 Implementasi	99
5.1.5 Evaluasi	99
5.2 Saran	99
5.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit.....	99
5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan.....	100
5.2.3 Bagi Penulis.....	100

5.2.4 Bagi Klien.....	100
DAFTAR PUSTAKA.....	101

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Batasan Karakteristik Defisit Perawatan Diri	28
Tabel 2. 2 Batasan Karakteristik Gangguan Komunikasi Verbal	29
Tabel 2. 3 Batasan Karakteristik Gangguan Eliminasi Urin	30
Tabel 2. 4 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik.....	31
Tabel 4.1 Identitas Klien.....	52
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit.....	52
Tabel 4.3 Perubahan Pola Kesehatan.....	54
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik	57
Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	60
Tabel 4.6 Penatalaksanaan Terapi.....	61
Tabel 4.7 Analisa Data.....	62
Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan	64
Tabel 4.10 Pelaksanaan.....	71
Tabel 4.11 Evaluasi.....	73

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Ijin Penelitian.....	103
Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian.....	104
Lampiran 3 Lembar Persetujuan (Inform Consent).....	105
Lampiran 4 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	106
Lampiran 5 Lembar Pengajuan Judul	107
Lampiran 6 Lembar Konsul.....	108
Lampiran 7 Lembar Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah	110

DAFTAR SINGKATAN

CVA	: <i>Cerebra Vascular Accident</i>
ADL	: <i>Activity of Daily Lifting</i>
CT-Scan	: <i>Computerized Tomografi Scanning</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
MRI	: <i>Magneting Imaging Resonance</i>
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
EEG	: <i>Elektro Encephalografi</i>
RR	: <i>Respirasi Rate</i>
TIA	: <i>Transient Ischemic Attack</i>
TIK	: Tekanan Intra Kranial
TTV	: Tanda-tanda Vital
WHO	: <i>World Health Organization</i>
NGT	: <i>Nasogastric Tube</i>
Yastroki	: Yayasan Stroke Indonesia
Hb	: <i>Hemoglobin</i>
MRS	: Masuk Rumah Sakit

DAFTAR ISTILAH

<i>Afasia</i>	: Kesulitan dalam berbicara
<i>Abdomen</i>	: Rongga tubuh besar yang terletak tepat dibawah thorax dan pisahkan dari rongga thorax oleh diafragma
<i>Analgesik</i>	: Obat untuk meningkatkan nyeri, bahan yang mengandung nyeri tanpa menyebabkan hilangnya kesadaran.
<i>Aritmia</i>	: Gangguan irama jantung, suatu kondisi dimana jantung berdenyut tidak normal
<i>Bed rest</i>	: Tirah baring
<i>Bladder</i>	: Kantong membranosa, seperti yang bertindak sebagai wadah untuk sekresi, terutama kandung kemih
<i>Bowel</i>	: Usus atau Intestinum
<i>Dehidrasi</i>	: Kehilangan cairan tubuh terlalu banyak
<i>Decubitus</i>	: Luka tekan akibat lama tirah baring
<i>Disatria</i>	: Bicara cedal atau pelo
<i>Disfagia</i>	: Kesulitan menelan
<i>Diastole</i>	: Tekanan terendah dimana tekanan jatuh diantara kontraksi <i>ventrikel</i>
<i>Ekstremitas</i>	: Anggota gerak tubuh
<i>Elektrolit</i>	: Garam yang <i>terionisasi</i> (terurai menjadi ion positif dan negatif) dalam cairan tubuh
<i>Edema</i>	: Penumpukan dalam tubuh atau pembengkakan
<i>Eliminasi</i>	: pelepasan air seni dan tinja (BAK dan BAB)
<i>Eritrosit</i>	: sel darah merah yang membawa <i>oksigen</i> kedalam sel tubuh dan <i>karbondioksida</i> keluar sel tubuh

Fibrilasi	: Kondisi dimana ruas atas jantung (<i>atrium</i>) berdenyut berdenyut terlalu cepat dan kacau
Goldenperiode	: Waktu paling bagus untuk menangani penyakit stroke
Hipertensi	: Peningkatan tekanan darah melebihi 140/90 mmHg
Hemoragik	: Perdarahan
Hematocrit	: Porsi volume darah yang terdiri dari sel darah merah
Hematoma	: Kumpulan darah diluar pembuluh darah, terdapat didinding pembuluh darah tertusuk atau mengalami Luka
Hemiparesis	: Kelemahan yang mengenai satu sisi tubuh
Hemoglobin	: Pigmen pembawa oksigen dibentuk oleh eritrosit yang Berkembang dalam sum-sum tulang
Homeostasis	: Suatu kondisi keseimbangan internal yang ideal. Semua System tubuh berinteraksi dalam cara tepat memenuhi kebutuhan tubuh.
Hipoksia	: Kekurangan oksigen dalam darah
<i>Infark</i>	: Nekrosis iskemik terbatas yang disebabkan oleh oklusi suplai arteri atau vena pada bagian tersebut
Inkontinensia	: Ketidakmampuan mengontrol buang air kecil dan buang air besar.
Iritabilitas	: Peka terhadap rangsangan
Imobilisasi	: Ketidakmampuan untuk bergerak secara aktif
Impuls	: Rangsangan atau pesan yang diterima oleh reseptor dari lingkungan luar, kemudian dibawa oleh neuron.
Kardiak	: Jumlah total darah yang dipompa oleh jantung selama periode waktu tertentu
Leukosit	: Sel darah putih
Limfosit	: Leukosit yang ditemukan dalam jaringan getah bening

Metabolisme	: Kemampuan tubuh untuk memecahkan kalori dan mengubahnya menjadi energi
<i>Miokard Infark</i>	: Serangan jantung. Terjadi ketika sekelompok otot jantung mati karena penyumbatan mendadak
Motorik	: Otot otot yang menerima sinyal impuls saraf system saraf pusat jalur saraf
<i>Oklusi</i>	: penutupan uatu lubang, dektus atau pembuluh darah
<i>Perfusi</i>	: Pengaliran zat cair seperti darah lewat organ atau jaringan
Peristaltik usus	: Gerakan otot seperti gelombang dalam saluran pencernaan yang menggerakkan makanan dan cairan melalui saluran pencernaan
Kapiler	: Membran sel atau lapisan sel , missal dinding pembuluh darah Kapiler
Ronchi	: Suara yang dihasilkan saat udara melewati jalan nafas yang penuh cairan arau mucus terdengar saat inspirasi maaupun ekspirasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses pemberian pelayanan kepada pasien meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* merupakan penyakit pembuluh darah otak. *CVA infark* adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah ke otak terjadi akibat pembentukan trombus di *arteri cerebrum* atau *embolis* yang mengalir ke otak (Lestari Inka, 2024). Tanda dan gejala yang sering ditemui pada penderita CVA Infark meliputi peningkatan tekanan darah, pusing, mengalami kelemahan otot, rasa kebas, bicara pelo, nyeri kepala, mual muntah, kesulitan menelan, dan pandangan kabur (Natasya, 2023). Tanda gejala diatas menyebabkan penderita CVA membutuhkan perawatan, Pasien memerlukan pemenuhan kebutuhan nutrisi sehari-hari terutama pada pasien dengan fase akut, dimana pasien hanya berbaring di tempat tidur dan tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri. Perawatan yang tepat dalam bentuk Asuhan Keperawatan pada CVA Infark fase akut dengan masalah defisit perawatan diri sangat diperlukan, Hal ini dilakukan untuk mencegah komplikasi serta kecacatan dan pengembalian fungsi otak. Pertolongan pada pasien *CVA* di butuhkan penanganan cepat dan tepat, kewaspadaan mengenai tanda dan gejala *CVA* sangat di perlukan untuk menentukan keberhasilan dalam penanganan pasien *CVA*, semakin cepat terdeteksi semakin besar keberhasilan dalam mengurangi kecacatan dan kematian (Kusyani, 2022)

Pada tahun 2022 data *World Health Organization WHO*, *CVA Infark* menjadi tipe *CVA* yang paling sering dijumpai dengan angka kejadian 87% sementara *CVA Hemoragik* 13%. Dari tahun 1990 hingga 2019, terjadi peningkatan kejadian *CVA* sebesar 70%, peningkatan angka kematian terkait *CVA* sebesar 43%, peningkatan

prevalensi *CVA* sebesar 102%,. Hal yang paling memprihatinkan adalah sebagian besar kasus *CVA* di dunia (86% kematian dan 89% tahun hidup yang disesuaikan dengan kecacatan) terjadi di negara kaya dan berkembang (WHO, 2022). Berdasarkan hasil Riskesdas prevalensi *CVA* di Indonesia meningkat 10,9 per 1000 penduduk pada tahun 2018. Prevalensi *CVA* di Jawa Timur pada tahun 2021 yaitu 12,4%. Prevalensi tersebut masih di atas rata-rata data pasien *CVA* nasional. kasus *CVA* di Jawa Timur tahun 2020, menunjukkan bahwa kasus *CVA* tertinggi (>1.218 kasus) dan Trenggalek menjadi salah satu kabupaten yang masuk jumlah pasien *CVA* terbanyak di Jawa Timur (Putri, 2023). Menurut data RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2022 sebanyak 775 penderita *CVA infark*. Pada tahun 2023 mulai bulan Januari hingga bulan Februari jumlah kasus *CVA infark* di unit stroke sebanyak 125 kasus (Arnasya, 2023).

Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark disebabkan oleh *tromboli* dan *emboli* di otak. *Trombolis* penyumbatan dan terganggunya aliran darah karna adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan penurunan oksigen dalam darah yang akan menuju ke otak menurun menyebabkan *CVA*. *Embolis* berasal dari udara, tumor, lemak yang ada pada saluran darah sehingga menimbulkan penyumbatan pembuluh darah otak (Hariyanto, 2025). Ada juga beberapa faktor yang mempengaruhi *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* faktor yang tidak dapat diubah genetik, ras, usia, jenis kelamin, dan riwayat penyakit sebelumnya. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi antara lain merokok, penggunaan alkohol dan narkoba, obesitas, hipertensi, dan pilihan gaya hidup yang buruk (Srilestari, 2022). Pada *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* gangguan ini menyebabkan terganggunya aliran oksigen otak akibat adanya penyumbatan karna plak-plak dan gumpalan pada arteri otak. Mengakibatkan kerusakan pada jaringan dan sel otak ini menyebabkan kelumpuhan sebagian atau seluruhnya pada bagian tubuh

yang terkena, pada kondisi yang terburuk akan mengakibatkan kematian (Maulida, 2018).

Penatalaksanaan CVA dengan penanganan yang tepat dan maksimal akan mengurangi dampak dari kecacatan maupun kematian dengan cara memberikan terapi farmakologis dan non farmakologis (Brunner dan Suddart, 2013). Penatalaksanaan medis harus dilakukan secara maksimal untuk mengurangi kecacatan maupun kematian pada penderita dengan CVA Infark. Penatalaksanaan secara farmakologis yaitu pemberian terapi diuretika untuk menurunkan edema cerebral, anti koagulanthrombosis dari dalam tindakan system kardiovaskuler, dan kortikestiroid mencegah inflamasi pembengkakan dan peningkatan tekanan darah. Sedangkan, penatalaksanaan non farmakologis untuk penderita CVA Infark yaitu dengan okupasi, terapi wicara pola hidup, latihan gerak aktif ROM (yang merupakan gerak isotonic terjadi kontraksi dari pergerakan otot) dan latihan pasif ROM (pergerakan perawat atau petugas lain yang menggerakkan persendian klien sesuai dengan rentang gerakanya). Sedangkan penanganan CVA Infark yang bisa diberikan oleh perawat adalah pemberian asuhan keperawatan. Pendekatan asuhan keperawatan pada pasien Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark melalui proses perawatan yang dimulai dari pengkajian yaitu meliputi respon dan keluhan pasien, kemudian ditetapkan suatu rencana tindakan keperawatan untuk menilai keadaan pasien yang perlu dilakukan evaluasi yang merujuk pada tujuan rencana keperawatan.

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah Asuhan Keperawatan pada penulisan proposal Karya Tulis Ilmiah ini dibatasi dengan Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA Infark Fase Akut dengan masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti dapat dirumuskan pada masalah “ Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan CVA infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek”.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada pasien *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* di RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan Pengkajian pada pasien *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 2) Merumuskan Diagnosa Keperawatan Penyakit *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* pada pasien di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 3) Menyusun tindakan intervensi yang tepat pada pasien *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 4) Melaksanakan tindakan implementasi *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* pada pasien di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 5) Melakukan evaluasi tindakan pada pasien *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* pada klien di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 6) Menganalisis antara teori dan fakta pada pasien *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan untuk mengembangkan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan Pada pasien *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi penulis

Bagi penulis diharapkan dapat digunakan sebagai pengetahuan dan menambah wawasan tentang ilmu asuhan keperawatan pada pasien dengan *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark*.

2) Bagi institusi pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan dapat digunakan sebagai bahan informasi dan bahan ajar kepustakaan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* dan juga sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan tentang keperawatan pada pasien dengan *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark*.

3) Bagi perawat

Bagi perawat rumah sakit diharapkan penelitian ini digunakan sebagai sumber pengetahuan dan strategi pelaksanaan bagi perawat dalam memberikan sebuah asuhan keperawatan di rumah sakit yang komprehensif pada pasien dengan *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark*.

4) Bagi peneliti

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat digunakan sebagai panduan untuk penelitian pada asuhan keperawatan pada pasien dengan *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark*.

5) Bagi Klien

Bagi Klien diharapkan dapat memberikan sebuah pengetahuan tentang informasi dalam keperawatan pada pasien dengan *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* agar mengurangi terjadinya risiko yang lebih lanjut.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar *CVA (Cerebral Vaskuler Accident)*

2.1.1 Definisi *CVA*

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

CVA didefinisikan sebagai defisit (gangguan) fungsi sistem saraf yang terjadi mendadak dan disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak meliputi sumbatan bekuan darah, penyempitan pembuluh darah, sumbatan dan penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah. *CVA (Cerebral Vaskuler Accident) Infark* merupakan suatu keadaan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak yang umumnya terjadi serangan saat atau setelah bangun tidur. (Hariyanto, 2015). *CVA (Cerebral Vaskuler Accident) Infark* merupakan kondisi kekurangan suplai darah ke otak yang disebabkan adanya *thrombus* atau *emboli* (Otavianus, 2014).

Berdasarkan definisi *CVA infark* diatas dapat disimpulkan bahwa *CVA Infark* merupakan sebuah kondisi gangguan fungsi otak pada otak yang disebabkan oleh penurunan suplai darah dan oksigen ke otak yang disebabkan karena adanya *thrombus* dan *emboli* yang pada umumnya terjadi serangan secara mendadak pada saat atau setelah bangun tidur yang dapat mengakibatkan kematian karena penyumbatan pembuluh.

2.1.2 Klasifikasi *CVA Infark*

CVA infark yang dapat disebabkan obstruksi total atau sebagian karena iskemik, thrombosis, emboli atau penyempitan lumen arteri. Pada *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak menurun. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan, tetapi timbul edema sekunder. Klasifikasi *CVA infark* menurut (Hariyanto, 2015) :

- 1) *CVA (Cerebro Vascular Accident) Thrombosis* adalah pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.
- 2) *CVA (Cerebro Vascular Accident) emboli* adalah benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah pada otak.
- 3) *Hipoperfusi sistemik* adalah gangguan denyut jantung sehingga aliran darah ke seluruh tubuh berkurang.
- 4) Penyempitan lumen arteri yang terjadi karena infeksi atau proses peradangan, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2.1.3 Etiologi *CVA Infark*

Ada beberapa penyebab *CVA Infark* (Muttaqin, 2008), yaitu:

1) *Trombosis Serebri*

Terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan *iskemik* jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya muncul saat sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan

penurunan tekanan darah yang menyebabkan *iskemik serebral*. Tanda dan gejala neurologis serung kali memburuk pada 48 jam setelah *thrombosis*. Beberapa keadaan ini yang menyebabkan *thrombosis* otak.

- a) *Arterosklerosis*: mengerasnya atau berkurangnya kelenturan dan elastisitas dinding pembuluh darah.
- b) *Hiperkoagulasi*: darah yang bertambah kental yang akan menyebabkan viskositas atau hematokrit meningkat sehingga dapat melambatkan aliran darah serebral.
- c) *Arteritis*: radang pada arteri.

2) *Emboli serebri*

Terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Biasanya emboli berasal dari trombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebri. Keadaan-keadaan yang dapat menimbulkan *emboli*:

- a) Penyakit jantung reumatik.
- b) *Infark Miokardium*.
- c) *Fibrilasi* dan keadaan *aritmia*: dapat membentuk gumpalan- gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emboli serebri.
- d) *Endokarditis*: menyebabkan gangguan pada *endocardium*.

3) *Hipoperfusi sistemik*

Hipoperfusi sistemik terjadi karena perdarahan masif atau kegagalan pompa jantung yang menyebabkan *hipotensi sistemik* dan oleh karena itu, *hipoperfusi* pembuluh darah *kranial* menyebabkan *iskemia* otak global.

4) *Penyempitan lumen arteri*

Penyempitan *lumen arteri* terjadi karena infeksi atau proses peradangan, *spasme*, atau karena kompresi massa dari luar.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut (Oktavianus, 2014) manifestasi klinis *CVA* tanda dan gejala yang sering muncul yaitu :

1) *TIA (Transient Ischemic Attack)*

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

2) *RIND (Reversible Ischemic Neurologic Deficit)*

Gejala timbul lebih dari 24 jam.

3) *Progressing stroke* atau *stroke ineolution*

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

4) Sudah menetap atau permanen

Menurut Tarwoto (2013), manifestasi klinis *CVA* tergantung dari sisi mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Berikut gejala klinis pada *CVA infark*:

- 1) Kelumpuhan pada wajah atau anggota badan sebelah (*hemiparise*) atau *hemiplegia (paralisis)* yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan ini terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal yang bersifat *kontralateral*, artinya jika terjadi kerusakan pada *hemisfer* kanan maka terjadi kelumpuhan otot sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot *vulenter* dan sensorik sehingga tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

- 2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan. Gangguan ini terjadi akibat adanya kerusakan pada sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensori.
- 3) Penurunan kesadaran (*konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma*), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat *hipoksia*.
- 4) *Afasia* (kesulitan dalam bicara) *Afasia* terjadi jika ada kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri *middle* sebelah kiri. *Afasia* terbagi menjadi 3, yaitu :
 - a) *Afasia motorik* atau *ekspresif*
Afasia ini terjadi karena kerusakan pada area *broca* yang terletak pada *lobus frontal* otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara.
 - b) *Afasia sensorik*
Afasia ini terjadi karena kerusakan area *wernicke*, yang terletak pada *lobus temporal*. Pada afasia jenis ini pasien tidak dapat menerima stimulasi pendengaran, tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan, sehingga respons bicara tidak nyambung (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) *Disarthria* (bicara cedal atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Tetapi pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. *Disarthria* terjadi karena adanya kerusakan pada *nervus cranial* sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring sehingga pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

6) Gangguan penglihatan, (*diplopia*)

Pasien dapat kehilangan penglihatan, pandangan menjadi ganda dan juga gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena adanya kerusakan pada *lobus temporal* atau *parietal* yang dapat menghambat serat saraf *optic* pada korteks *oksipital*. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena adanya kerusakan pada saraf *cranial* III, IV dan V.

7) *Disfagia*

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan *nervus cranial* IX. Selama menelan *bolus* didorong oleh lidah dan *glottis* menutup, kemudian makanan masuk ke *esophagus*.

8) *Inkontinensia*

Inkontinensia baik *bowel* maupun *bladder* sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi *bladder* dan *bowel*.

9) *Vertigo*, mual, muntah, nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan *intracranial*, edema serebri.

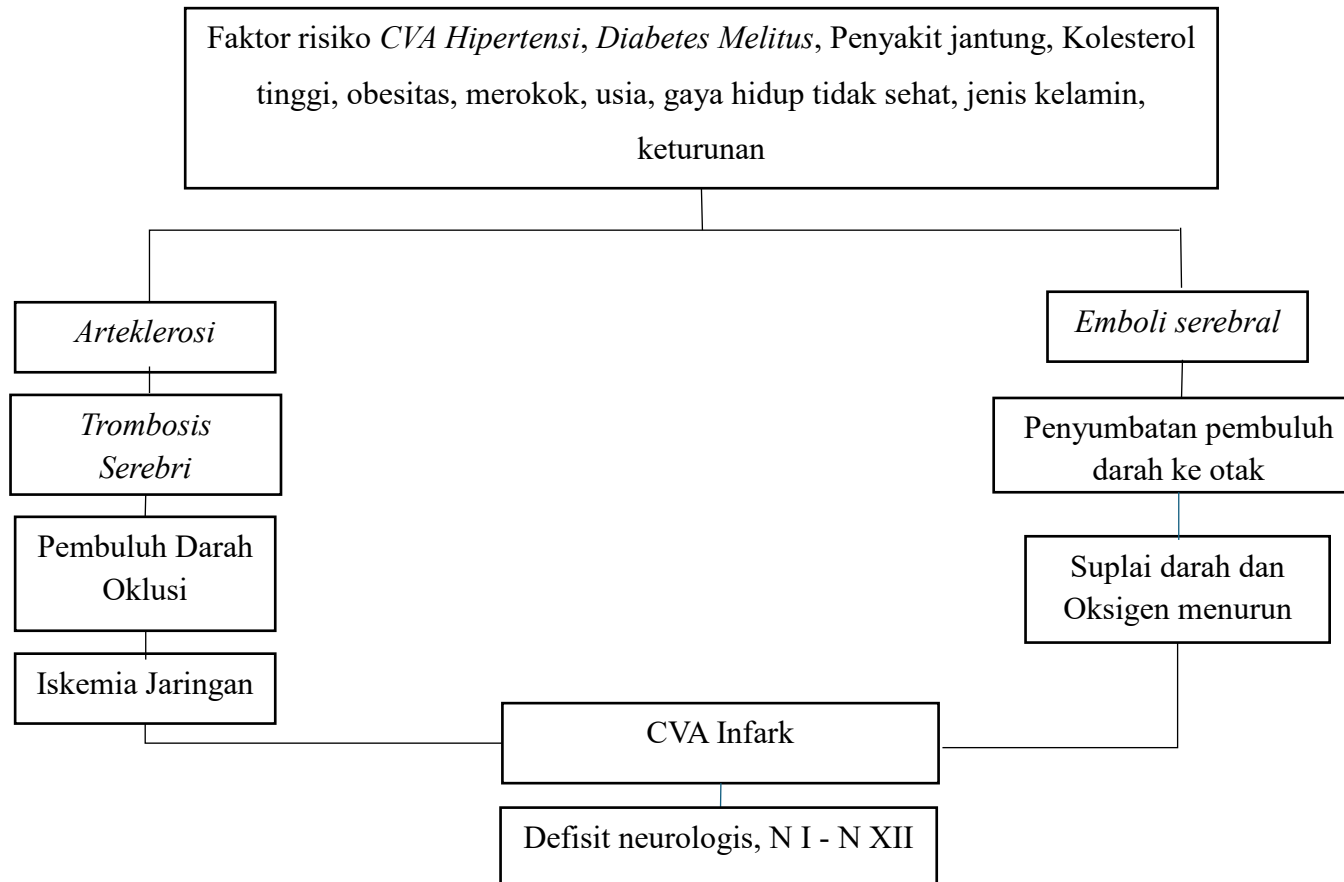
2.1.5 Faktor Risiko

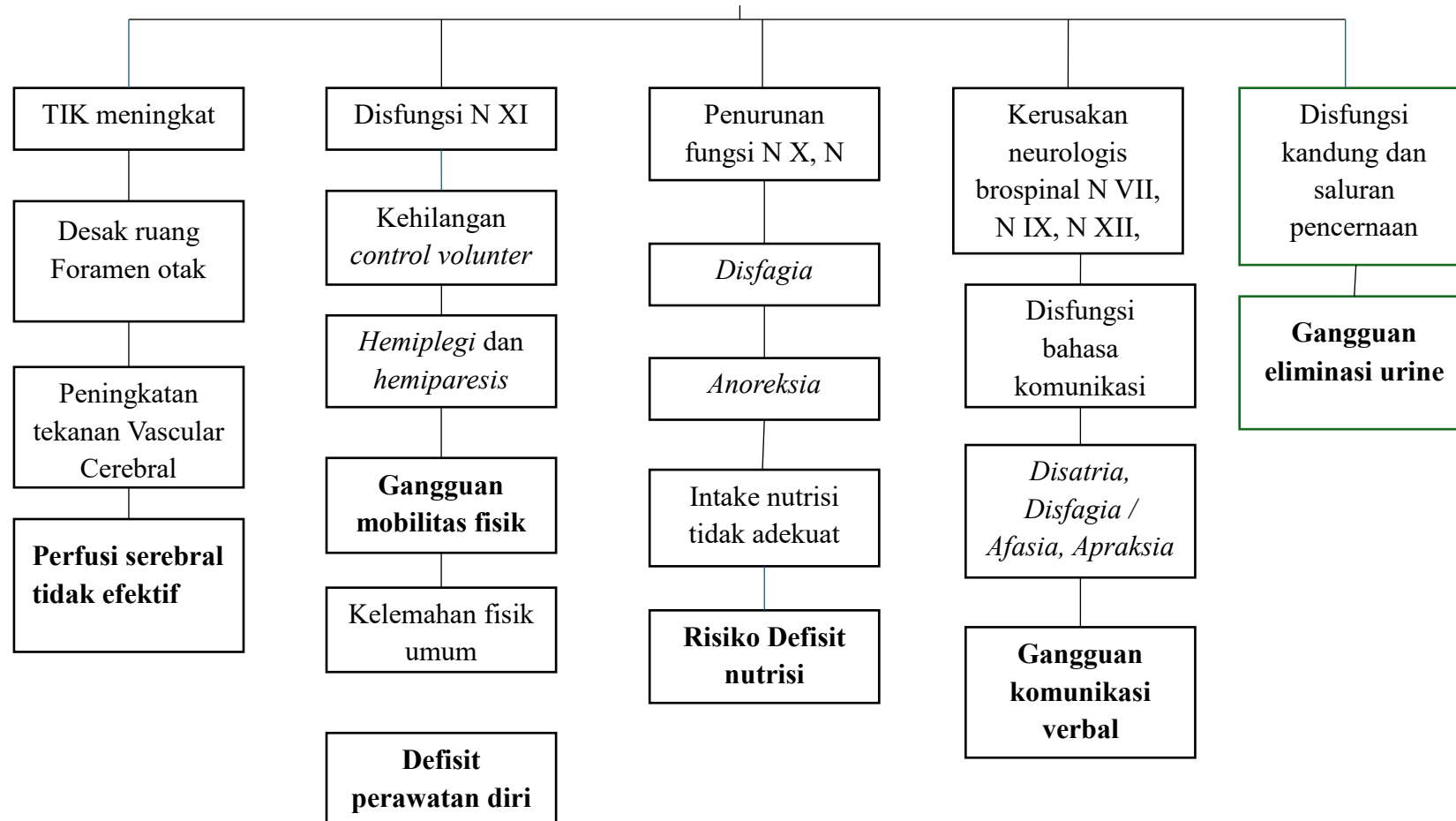
Ada beberapa faktor risiko *CVA* yang sering teridentifikasi menurut (Asri Kusyani, 2022).

- 1) Faktor yang tidak dapat di ubah
 - a) Jenis kelamin.
 - b) Usia.
 - c) Keturunan.
- 2) Faktor yang dapat di ubah
 - a) Kelainan jantung
 - b) *Hipertensi*.
 - c) *Anuerisma* pembuluh darah *cerebral*.
 - d) DM.
 - e) Peningkatan kolesterol.
 - f) Obesitas.
 - g) Rokok, Alkohol.
 - h) Kurang aktivitas fisik.

2.1.6 Patofisiologi

1. Bagan





2. Uraian

Faktor yang mempengaruhi terjadinya CVA (Cerebro Vasculer 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 Faktor terjadinya CVA infark yaitu Tromboli 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) . emboli disebabkan karena adanya udara, lemak ataupun bekuan darah yang terbawa oleh aliran darah dan berakibat penyumbatan pada pembuluh darah di otak, 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 **Resiko perfusi serebral tidak efektif** salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan vascular serebral dan menimbulkan nyeri kepala. Pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan control volunter atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada 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). Kelemahan kontrol oto fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, disfasia/afasia, disatria (kehilangan kemampuan

berbicara) sehingga muncul masalah **gangguan komunikasi verbal**. Pada saluran pencernaan atas klien mengalami 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 fonger sehingga menimbulkan masalah **gangguan eliminasi urine**.

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut (Tarwoto, 2013), penatalaksanaan *CVA* di rumah sakit sebagai berikut :

1) Penatalaksanaan Umum

- a) Posisi kepala dan badan diatas 20-30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Oleh dimulai mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil.
- b) Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/menit bila ada hasil gas darah.
- c) Kandung kemih yang penuh dikosongkan dengan kateter.
- d) Suhu tubuh harus dipertahankan.
- e) Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelahtes fungsi menelan baik, bila terhadap gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun, dianjurkan pipi NGT.
- f) Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak adakontraidikasi

2) Penatalaksanaan Medis

- a) Trombolitik (streptokinase)

- b) Anti platelet / anti trombolitik (asetosol, ticlopidin, clostazol, dipiridamol)
- c) Antikoagulan (heparin)
- d) Hemorrhagea (pentoxifylin)
- e) Antagonis serotonin(nofitidrofuryl)
- f) Antagonis calcium (nimodipin, piracetam)

Penatalaksanaan Khusus

- a) Atasi kejang (antikonvulsan)
- b) Atasi tekanan intracranial yang meninggi (manitol, gliserol, furosemide, intubasi, steroid dll)
- c) Atasi dekompresi (kraniotomi)
- d) Untuk penatalaksanaan faktor resiko
 - (1) Atasi hipertensi (anti hipertensi)
 - (2) Atasi hiperglikemia (anti hiperglikemia)
 - (3) Atasi hiperurisemia (anti hiperurisemia)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang untuk pasien CVA infark (anonime,2022) :

1) CT Scan

Diagnosis stroke 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 perdarahanakan menjadi hipodens (terlihat lebih gelap dari jaringan normal). Pada stroke iskemik, zona hipodensyang berbatas tegas muncul. Namun selama beberapa jam pertama terutama pada 6 jam pertama, stroke iskemik mungkin tidak akan tampak pada CT scan. Oleh sebab itu pada kasus yang

dicurigai stroke iskemik pada jam-jam awal kejadian sebaiknya dilakukan pemeriksaan MRI.

2) MRI scan

MRI scan adalah metode pencitraan otak pilihan pada stroke karena lebih sensitif dalam mendeteksi iskemia dini dan memungkinkan untuk membedakan antara iskemia lama dan baru.

3) Ultrasonografi dupleks karotis

Stenosis arteri karotis dapat menyebabkan stroke. Hal ini sering dicurigai ketika pasien datang dengan gejala yang menunjukkan oklusi arteri serebral tengah atau anterior. Cara paling umum untuk mendiagnosis stenosis karotis adalah menggunakan ultrasonografi dupleks karotid, yang merupakan prosedur yang dapat ditoleransi dengan baik dan non-invasif. Angiografi resonansi magnetik dan angiografi CT juga dapat digunakan dalam skrining dan penilaian stenosis karotis.

4) Pemeriksaan Tambahan

Selain pemeriksaan umum yang meliputi tekanan darah, elektrokardiogram (EKG), urea dan elektrolit, glukosa darah, kolesterol, hitung darah lengkap, tingkat sedimentasi eritrosit, fungsi tiroid dan penanda inflamasi, dan lainnya disesuaikan kondisi spesifik setiap pasien.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Metode yang konsepnya diterapkan dalam praktik keperawatan merupakan proses asuhan keperawatan. Metode ini juga dikatakan dalam pendekatan untuk memecahkan sebuah masalah (problem-solving) dengan memerlukan ilmu, teknik/ keterampilan seseorang dengan tujuan memenuhi kebutuhan klien, keluarga, serta

masyarakat. Terdapat 5 tahap dalam proses keperawatan yang saling berhubungan, meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi, dalam pembuatan asuhan keperawatan tahap ini berintegrasi pada fungsi intelektual problem-solving (Nursalam, dalam Kusyani, 2022).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan metode mengumpulkan data relevan dengan continue terhadap respon manusia, kekuatan serta masalah pasien (Dermawan, dalam Kusyani, 2022).

1) Identitas

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnostik medis, dan rentang usia stroke di atas 50 tahun.

2) Keluhan utama

Pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan dari, pada pasien *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* biasanya masalah gangguan motori kelemahan anggota gerak sebelah badan, sulit komunikasi, nyeri kepala, bicara pelo, gangguan sensor motorik, kejang dan gangguan kesadaran (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).

3) Riwayat penyakit sekarang

CVA infark biasanya terdapat serangan awal terlebih dahulu dengan tidak disadari pasien, biasanya di temukan gejala awal yaitu sering kesemutan, anggota gerak merasa lemas, terdapat nyeri kepala, mual, muntah, serta kejang sampai tidak sadar (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).

4) Riwayat penyakit dahulu

Terdapat riwayat hipertensi, riwayat *CVA* sebelumnya, DM, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).

5) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat yang terdapat pada keluarga biasanya terdapat riwayat keluarga yang menderita *Hipertensi*, *DM*, atau riwayat *CVA* dari generasi terdahulu. (Muttaqin, dalam Kusyani, 2022).

6) Riwayat psikososial

Biasanya pada penderita *CVA* sangatlah mahal meliputi biaya untuk pemeriksaan, pengobatan, serta perawatan yang bisa mengacaukan keuangan keluarga yang mengakibatkan setabilitas emosi terhadap klien dan keluarga (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).

7) Pemeriksaan Pola kesehatan (Turwoto, dalam Kusyani, 2022) :

a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Biasanya terdapat riwayat perokok, pengguna alkohol, penggunaan obat kontrasepsi oral.

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Terdapat kesulitan menelan, nafsu makan menurun, terdapat mual muntah pada fase akut.

c) Pola eliminasi

Adanya konstipasi karena penurunan peristaltik usus yang merupakan pola defekasi, dan terdapat inkontinensia urine.

d) Pola aktivitas

Terdapat kelemahan, kehilangan sensori atau *paralise/hemiplegi*, beraktivitas.

e) Pola tidur

Terdapat kesusahan dalam beristirahat karena kejang dan nyeri otot.

f) Pola hubungan dan peran

Terdapat gangguan bicara sehingga klien mengalami kesukaran perhubungan. dalam peran.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Mudah marah, tidak kooperatif, dan merasa tidak ada harapan karena klien merasa tidak berdaya.

h) Pola sensori dan kognitif

Terdapat gangguan penglihatan/kekaburan pandang, sentuhan/perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, sedangkan terdapat penurunan memori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif,

i) Pola reproduksi

Akibat dari pengobatan stroke misal obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamin merupakan terjadinya penurunan pada gairah.

j) Pola penanggulangan stres

Gangguan proses berpikir, serta kesulitan berkomunikasi biasanya klien mengalami kesulitan tersebut.

k) Pola tata nilai dan kepercayaan.

Kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh akan menyebabkan klien jarang beribadah.

8) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum dengan klien stroke biasanya mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu kesulitan dalam bicara, bicara cadel/pelo, terjadi kelemahan tubuh di salah satu sisi. Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Muttaqin, 2008).

- a. Kepala : Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peningkatan tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai, kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat.
- b. Muka : Umumnya pada muka tidak simetris (ketidak simetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis).
- c. Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun).
- d. Hidung: Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.
- e. Telinga : Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga).
- f. Mulut: Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.

9) Dada/Thorak

Pemeriksaan sistem pernafasan

- a) Inspeksi : Kesimetrisan bentuk dan pergerakan dada, terdapat pulsi jantung atau tidak.
- b) Palpasi : untuk menilai tactile fremitus
- c) Perkusi : untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor.
- d) Auskultasi : Pernafasan pada pasien CVA kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan.

Pemeriksaan jantung

- a) Inspeksi : iktus kardus tidak terlihat.
- b) Perkusi: pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak.
- c) Palpasi : tidak ada pembesaran hepar.
- d) Auskultasi: mengetahui suara jantung pertama (S1) terdengar bunyi “lub”, suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi “dub” dan suara jantung tambahan (S3 dan S4). Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung.

10) Abdomen

- a) Inspeksi : Kesimetrisan abdomen terdapat lesi atau edema.
- b) Auskultasi : Terdengar bising usus biasanya pada pasien CVA bising usus tidak normal.
- c) Perkusi ; Terdengar bunyi timpani..
- d) Palpsi: Tidak terdapat nyeri tekan pada 4 kuadran.

11) Genetalia : Biasanya pasien CVA terpasang kateter.

12) Ekstremitas :

a) Atas

CRT normal < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (Aksesorius) : pasien tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, saat siku ditekuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi reflek bicep (-). Sedangkan pada pemeriksaan refleksi Hoffman tromner jari tidak mengembang ketika diberi reflek Hoffman tromner (+).

b) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, pada saat pemeriksaan bluedzensky 1 kiri pasien 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 bawa biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi reflek Openheim (+) dan pada saat betis di remas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa reflek Gordon (+). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan reflek Patella (+).

13) Saraf kranial

a) *Nervus I (Olfaktorius)* : terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, terkadang ada yang dapat menyebutkan bau yang diberikan perawat, namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kana berbeda.

b) *Nervus II (Optikus)* : gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien

mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Biasanya lapang pandang klien baik 90°, visus 6/6.

- c) *Nervus III (Okulomotoris)* : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan *anisokor*, *palpebra* dan reflek kedib dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata.
- d) *Nervus IV (Toklearis)* : klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah.
- e) *Nerus V (Trigeminus)* : klien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada klien koma ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka klien menutup kelopak mata.
- f) *Nervus VI (Abdusen)* : klien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri.
- g) *Nervus VII (Fasialis)* : lidah bisa mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, bibir simetris dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin.
- h) *Nervus VIII (Vestibulococlearis)* : klien kurang dapat mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung pada dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.
- i) *Nervus IX (Glosofaringeus)* : *ovule* yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan, dan klien dapat merasakan asam urat.
- j) *Nervus X (Vagus)* : kemampuan klien tidak baik, kesukaran membuka mulut.

k) *Nervus XI (Asesorius)* : klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.

l) *Nervus XII (Hipoglossus)* : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

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

1) Perfusi Serebral tidak efektif (D.0017)

Definisi : Mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

Faktor Resiko :

- 1) Embolisme.
- 2) Hipertensi.
- 3) Cedera kepala.
- 4) Penyalahgunaan zat.

Kondisi Klinis :

- 1) Stroke.

2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

- 1) Gangguan muskulosekeletal.
- 2) Gangguan neuromaskular.
- 3) Kelemahan.
- 4) Gangguan psikologis dan/atau psikotik.
- 5) Penurunan motivasi minat.

Tabel 2. 1 Batasan Karakteristik Defisit Perawatan Diri

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Menolak melakukan perawatan diri	1. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian 2. Minat melakukan perawatan diri kurang
Minor	(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

(PPNI, 2017).

3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

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

Penyebab :

- 1) Ketidakmampuan menelan makanan.
- 2) Ketidakmampuan mencerna makanan.
- 3) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi.
- 4) Faktor ekonomi.
- 5) Faktor psikologis.

Kondisi Klinis

1) Stroke,

4) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

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

Penyebab :

1) Penurunan sirkulasi serebral.

2) Gangguan neuromaskuler.

3) Gangguan pendengaran.

4) Gangguan muskulusekelestial.

5) Kelainan platum.

6) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotirooidektomi).

Tabel 2. 2 Batasan Karakteristik Gangguan Komunikasi Verbal

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	<i>(tidak tersedia)</i>	1. Tidak mampu bicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai
Minor	<i>(tidak tersedia)</i>	1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Dislaksia 5. Disartria 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
-

(PPNI, 2017).

5) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040)

Penyebab :

- 1) Iritasi kandung kemih.
- 2) Penurunan kemampuan menyadari tanda – tanda gangguan.
- 3) Efek tindakan medis dan diagnostic.
- 4) Kelemahan otot pelvis.
- 5) Ketidakmampuan mengakses toilet.
- 6) Hambatan lingkungan.
- 7) Ketidakmampuan mengakses toilet.
- 8) Hambatan lingkungan.
- 9) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi.
- 10) Outlet kandung kemih tidak lengkap.

Tabel 2. 3 Batasan Karakteristik Gangguan Eliminasi Urin

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
------------------	-----------	----------

Mayor	1. Desakan berkemih (urhensi) 2. Urin menetes (dribbling) 3. Sering buang air kecil 4. Nokturia 5. Mengompol 6. Eurasia	1. Distensi kantung kemih 2. Berkemih tidak tuntas (hesitany) 3. Volume residu urin meningkat
Minor	(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

(PPNI, 2017).

6) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054).

Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebab :

- 1) Ketidakbugaran fisik.
- 2) Penurunan kekuatan otot.
- 3) Gangguan neuromuskular.
- 4) Nyeri.
- 5) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik.
- 6) Gangguan kognitif.
- 7) Gangguan sensori persepsi.

Tabel 2. 4 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Tampak kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun
Minor	1. Nyeri saat digerakkan 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak	1. Tampak sendi kaku 2. Gerak tidak terkoordinasi 3. Gerak terbatas 4. Fisik melemah

(PPNI, 2017).

2.2.3 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI	Rasional
1	Perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran mengikat (5) 2. Kognitif meningkat (5) 3. Sakit kepala langsung menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Cemas menurun (5) 6. Demam menurun (5) 7. Tekanan arteri rata-rata membaik (5) 8. Tekanan intra krania membaik (5) 9. Tekanan darah sistolik membaik (5) 10. Tekanan darah diastolik membaik (5) 11. Reflek saraf membaik (5)	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran) 3. Monitor MAP 4. Monitor CVP 5. Monitor PAP 6. Monitor ICP 7. Monitor gelombang ICP 8. Monitor status pernapasan 9. Monitor intake dan output 10. Monitor cairan serebro-spinalis (mis, warna, konsentrasi) Terapeutik 11. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 12. Berikan posisi semi fowler 13. Hindari penggunaan PEEP 14. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 15. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal 16. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan 18. Kolaborasi pemberian diuretik	1. Untuk identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) pasien 2. Untuk monitor tanda/gejala peningkatan TIK pasien 3. Untuk monitor MAP pasien 4. Untuk monitor CVP pasien 5. Untuk monitor PAP pasien 6. Untuk monitor ICP pasien 7. Untuk monitor gelombang ICP pasien 8. Untuk monitor status pernapasan pasien 9. Untuk monitor intake dan output pasien apakah seimbang atau tidak 10. Untuk monitor cairan serebro-spinalis pasien 11. Untuk minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang agar pasien nyaman 12. Memberikan posisi semi fowler 13. menghindari penggunaan PEEP 14. menghindari pemberian cairan IV hipotonik 15. Mengatur ventilator agar PaCO₂ pasien optimal 16. mempertahankan suhu tubuh pasien normal 17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan 18. Kolaborasi pemberian diuretik 19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja

19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja			
2	Defisit Perawatan Diri (D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat (L.11103) dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi Meningkat (5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian Meningkat (5) 3. Kemampuan makan Meningkat (5) 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) Meningkat (5) 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri Meningkat (5) 6. Minat melakukan perawatan diri Meningkat (5) 7. Mempertahankan kebersihan diri Meningkat (5) 8. Mempertahankan kebersihan mulut Meningkat (5)	Dukungan perawatan diri (I.11348) 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 lakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan
3	Risiko Defisit Nutrisi (D.0032)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan klien mampu memenuhi kebutuhan Status nutrisi membaik (L.03030) dengan kreteria hasil : 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5) 2. Kekuatan menelan meningkat (5) 3. Kekuatan mengunyah meningkat (5) 4. Berat badan membaik (5) 5. Indek masa tubuh membaik (5) 6. Nafsu makan membaik (5) 7. Bising usus membaik (5)	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
			1. Untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia pasien 2. Untuk monitor tingkat kemandirian pasien 3. Untuk mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan 4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik bagi pasien 5. Menyiapkan keperluan pribadi pasien agar mempermudah mendampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien agar terjadwal 10. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan
			1. Untuk mengetahui status nutrisi pasien 2. Untuk mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan pasien 3. Untuk mengidentifikasi makanan yang disukai pasien 4. Untuk mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien yang diperlukan klien 5. Untuk mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Untuk Monitor asupan makanan 7. Untuk Monitor berat badan

			Terapeutik 9. Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi <i>Edukasi</i> 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	8. Untuk monitor hasil pemeriksaan laboratorium 9. Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
4	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24jam diharapkan komunikasi verbal membaik L.13118 dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan bicara meningkat (5) 2. Kemampuan mendengar meningkat (5) 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (5) 4. Afasia menurun (5) 5. Disatria Menurun (5) 6. Respon perilaku membaik	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I13492) Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara	1. Untuk monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara pasien 2. Untuk monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara pada pasien 3. Untuk monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara pasien 4. Untuk mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

			4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 8. Ulangi apa yang disampaikan pasien 9. Berikan dukungan psikologis 10. Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi 11. Anjurkan berbicara perlahan 12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi 13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	5. Gunakan metode komunikasi alternatif dengan pasien 6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan dengan pasien 7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 8. Ulangi apa yang disampaikan pasien 9. Memberikan dukungan psikologis pada pasien agar nyaman 10. Gunakan juru bicara 11. Anjurkan berbicara perlahan 12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara 13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
5	Gangguan eliminasi Urine (D.0040)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan Eliminasi urin klien membaik (L.04034) dengan kriteria hasil : 1. Sensasi berkemih Meningkat (5) 2. Desakan berkemih (urgensi) Menurun (5)	Manajemen Eliminasi Urin (I.04152) Observasi 1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin	1. Untuk mengidentifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine pasien 2. Untuk mengidentifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin pasien 3. Monitor eliminasi urin pada pasien

		3. Distensi kandung kemih Menurun (5) 4. Berkemih tidak tuntas (hesitancy) Menurun (5) 5. Volume residu urine Menurun (5) 6. Urin menetes (dribbling) Menurun (5) 7. Nokturia Menurun (5) 8. Mengompol Menurun (5) 9. Enuresis Menurun (5) 10. Disuria Menurun (5) 11. Anuria Menurun (5) 12. Frekuensi BAK Membaik (5) 13. Karakteristik urine Membaik (5)	3. Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna) Terapiutik 4. Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih 5. Batasi asupan cairan, jika perlu 6. Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur Edukasi 7. Ajarkan tanda gejala infeksi saluran kemih 8. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 9. Ajarkan mengambil spesimen urine midstream 10. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih 11. Ajarkan terapi modalitas, penguatan otot-otot panggul atau berkemih 12. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 13. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, Jika perlu	4. Mencatat waktu-waktu dan haluaran berkemih pasien pada beberapa jam 5. Membatasi asupan cairan, jika perlu 6. Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur 7. Ajarkan tanda gejala infeksi saluran kemih 8. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 9. Ajarkan mengambil spesimen urine midstream 10. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih 11. Ajarkan terapi modalitas, penguatan otot-otot panggul atau berkemih 12. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 13. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur 14. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, Jika perlu
6	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05024) dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat (5) 2. Kekuatan otot Meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) Meningkat (5) 4. Nyeri Menurun (5) 5. Cemas Menurun (5)	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien 2. Untuk mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan pasien 3. Untuk monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi pasien 4. Untuk monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu

6. Kaku sendi Menurun (5)	37	Terapeutik	6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu
7. Gerakan tidak terkoordinasi Menurun (5)		5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur)	7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
8. Gerakan terbatas Menu		6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu	8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
9. Kelemahan fisik Menur		7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
		Edukasi	10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan pasien dan bantu jika perlu
		8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	
		9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini	
		10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang akan dilakukan dari sebuah perencanaan, terdiri dari tindakan mandiri (independen), serta kolaborasi (dependen). Tindakan yang berasal dari keputusan diri sendiri merupakan tindakan mandiri, sedangkan tindakan yang dilakukan berdasarkan hasil keputusan bersama dengan profesi lain merupakan tindakan kolaborasi (Turwoto dalam Kusyani, 2022).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Langkah terakhir dari metode asuhan keperawatan merupakan evaluasi yang bertujuan dari sejauh mana rencana keperawatan tercapai, dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang diamati dengan tujuan serta kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan. Melihat serta menilai kemampuan klien untuk mencapai tujuan, menentukan apakah tujuan asuhan keperawatan sudah tercapai/belum, mengkaji apa penyebab tujuan keperawatan belum tercapai merupakan tujuan dari evaluasi (Aditio, dalam Kusyani, 2022).

Menurut (Hidayat, dalam Kusyani, 2022) dalam mempermudah dalam pemantauan evaluasi keperawatan, biasanya menggunakan komponen SOAP yaitu :

- a) S (subjektif): Data subjektif dari keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien).

- b) (objektif): Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat seperti segala sesuatu yang dapat dilihat, dicitum, diraba, dan diukur oleh perawat.
- c) A (analisis): Kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.
- d) P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara memecahkan masalah menurut metode keilmuan (Nursalam, 2017). Pada bab ini menguraikan metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah isi yang meliputi rancangan penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu pengumpulan data, uji keabsahan data, dan analisa data. Metode pada penelitian ini adalah deskriptif kualitatif.

3.1 Rancangan Penelitian

Rancangan 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 penelitian 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. Rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian deskriptif kualitatif merupakan suatu metode yang bertujuan untuk menggambarkan atau mendeskripsikan keadaan secara objektif. Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus studi kasus (Sukarni, 2010). Penelitian menggunakan batasan istilah dengan studi kasus Asuhan Keperawatan pada klien *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan kondisi pasien CVA Infark Fase Akut Diagnosa Keperawatan Defisit Perawatan Diri yang akan mendapatkan perawatan minimal 3 hari kedepan melalui metode proses keperawatan dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* merupakan suatu penyakit akibat tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah berhenti karena penumpukan kolesterol (*aterosklerosis*) atau bekuan darah.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan seseorang yang diteliti atau pihak- pihak yang dijadikan subyek dalam penelitian. Partisipan yang digunakan dalam penelitian ini adalah klien CVA Infark Fase Akut dengan masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Ruang Unit Stroke RSUD dr Soedomo Trenggalek, yaitu dengan kriteria:

- 1) Klien diperkirakan masih akan mendapatkan perawatan minimal 3 hari ke depan.
- 2) Klien yang kooperatif.

- 3) Klien dalam keadaan sadar penuh, bersedia memberikan seluruh informasi yang diperlukan.
- 4) Klien yang mengalami kelemahan ekstremitas atas atau bawah atau kedua ekstremitasnya.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi

Lokasi penelitian Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Cerebral Vascular Acciden (CVA) Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.4.2 Waktu

Waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 14 April 2025 – 16 April 2025.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan/Instrumen

Dalam pengumpulan data peneliti menggunakan bahan/instrumen pengumpulan data yaitu dokumen wawancara terstruktur, pedoman observasi, pengukuran dengan alat (tensimeter, termometer, dll.), alat pemeriksaan laboratorium atau dokumen yang relevan.

3.5.2 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa wawancara, pemeriksaan fisik

(inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi), sedangkan data sekunder berupa hasil pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status pasien dari tenaga medis yang lain serta studi dokumentasi.

3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data menurut (Suryono, 2013) meliputi empat tahap yaitu :

1) Tahap persiapan

Peneliti mengurus surat perizinan dan mendapat dua blanko untuk diisi judul, tempat dan tanggal melakukan penelitian yang ditanda tangani oleh penguji 1 dan juga penguji 2. Setelah mendapat surat pengantar ijin melakukan penelitian dari Ketua Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Poltekkes Kemenkes Malang yang ditujukan kepada Direktur Rumah Sakit RSUD dr.Soedomo Trenggalek. Setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat melakukan penelitian studi kasus asuhan keperawatan yaitu di RSUD dr. Soedomo Trenggalek ruang Unit Stroke dengan pengantar dari Ketua Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Poltekkes Kemenkes Malang. Peneliti langsung melakukan proses administrasi dan memberikan surat persetujuan dari Direktur Rumah Sakit kepada CI ruangan. Peneliti meminta izin dan bantuan kepada CI ruangan selama melakukan penelitian di ruang Unit Stroke. Setelah disetujui, peneliti bekerja sama dengan CI (clinical instructure) ruangan dan perawat untuk

memperoleh informasi dari tempat pengambilan kasus mengenai calon partisipan (pasien). Dengan bantuan dari CI ruangan, peneliti mendapatkan pasien yang bersedia untuk dijadikan subjek penelitian tanpa adanya suatu paksaan. Dalam melakukan proses penelitian peneliti tetap mematuhi aturan dan juga tetap mematuhi protokol kesehatan.

2) Tahap kontrak

Jika sudah mendapatkan klien dengan CVA Infark kemudian peneliti mengobservasi keadaan pasien tersebut. Dalam Proposal Karya Tulis Ilmiah ini pasien adalah orang yang menderita CVA Infark dengan kelemahan ekstremitas. Kemudian peneliti memberikan penjelasan kepada pasien, dalam hal ini pasien 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 ke tempat partisipan yang bersedia menandatangani informed consent serta melihat kesiapan responden melakukan wawancara. Wawancara dimulai dengan membangun hubungan saling percaya dengan responden. Untuk itu peneliti melakukan perkenalan dengan responden sekaligus

untuk pengumpulan data demografi. Kemudian peneliti melakukan wawancara sesuai dengan pertanyaan-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 pasien. Setelah pemeriksaan fisik dilakukan. Kegiatan wawancara diakhiri pada saat informasi yang dibutuhkan telah diperoleh. Selanjutnya dilakukan validasi kepada responden dan bila ada yang kurang ditambahkan selama proses validasi data.

4) Tahap penutup

Mahasiswa mengakhiri proses asuhan keperawatan pada pasien, setelah pasien dinyatakan sembuh dan diperbolehkan pulang.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (Credibility), keteralihan (Transferability), kebergantungan (Dependability) dan kepastian (Confirmability) (Sugiyono, 2014) yaitu :

1) Credibility (kepercayaan)

Credibility bermakna kepercayaan terhadap data hasil penelitian yang disajikan oleh peneliti agar hasil penelitian yang dilakukan tidak meragukan sebagai karya ilmiah. Kredibilitas ini dapat dilihat dari

kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan pasien sesuai dengan masalah berdasarkan kerja sama dengan CI (clinical instructure), pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah-langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan.

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 pasien 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 proposal untuk mendapatkan kritikan

dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisa data

Analisa data merupakan sebuah kegiatan untuk mengatur, mengurutkan, mengelompokkan, memberi kode atau tanda dan mengategorikannya sehingga diperoleh suatu temuan berdasarkan fokus atau masalah yang ingin dijawab (Gunawan, 2013). 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, 2014). Peneliti dalam melaksanakan penelitian asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek mengikuti tahapan analisa data mulai dari proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis. Penjelasan tahapan analisis data pada penelitian ini adalah sebagian 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 stres, pola seksualitas, dan nilai serta pemeriksaan fisik. Peneliti melakukan pemeriksaan fisik yang dimulai dengan melakukan

pemeriksaan TTV dan pemeriksaan per sistem 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 diagnosa, 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 di interpretasikan secara jelas sehingga mudah dipahami semuanya dan dapat diinformasikan ke orang lain.

1.8 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 setuju dari pasien yang diberikan dengan bebas dan rasional, sesudah mendapatkan informasi dari dokter dan sudah dimengerti oleh pasien.

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.

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.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

Hasil pelaksanaan dan penelitian proposal Karya Tulis Ilmiah ini dimulai dari pengkajian terhadap klien, merumuskan diagnosa keperawatan, menentukan rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan beserta evaluasi keperawatan.

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 14 April 2025 sampai 16 April 2025. Penelitian dilakukan di RSUD dr. Soedomo trenggalek yaitu di ruang Unit Stroke. Ruang Unit Stroke merupakan ruangan yang di khususkan untuk klien yang mengalami CVA. Jumlah perawat di ruang Unit Stroke yaitu 15 orang dan 1 terapi wicara dengan kapasitas tempat tidur 17 bed. Di kelas VIP ada 2 ruang dengan masing masing ruang ada 2 bed, HCU 1 ruang dengan kapasitas 2 bed, kelas II ada 2 ruang dengan kapasitas 4 bed, kelas III ada 4 ruang dengan 9 bed. Terdapat ruangan khusus untuk fisioterapi.. Jumlah klien selama bulan Januari sampai bulan April berjumlah 82 orang

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Klien

Tabel 4.1 Identitas Klien

Identitas Klien	Klien
a) Nama	Tn.M
b) Jenis kelamin	Laki-Laki
c) Umur	75 tahun
d) Status perkawinan	Kawin
e) Pekerjaan	Petani
f) Agama	Islam
g) Pendidikan terakhir	SMA
h) Alamat	RT 15 RW 5 Watulimo, Watulimo Trenggalek
i) Tanggal/jam MRS	10 April 2025/ 19.00 WIB
j) Tanggal/jam pengkajian	14 April 2025/15.30 WIB
k) Diagnosa Medis	CVA Infark

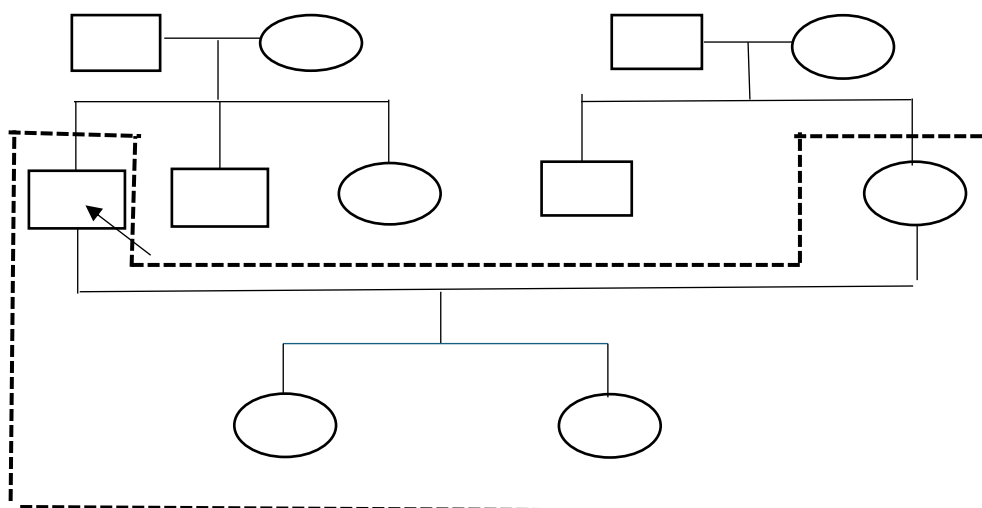
2). Riwayat penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Klien
Keluhan utama	Saat MRS : klien mengatakan merasa pusing, tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemah Saat pengkajian : klien mengatakan merasa pusing, tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemah
Riwayat penyakit sekarang	Keluarga klien mengatakan sejak bangun tidur merasa pusing, tangan dan kaki sebelah kiri klien terasa lemah kemudian klien dibawa ke puskesmas slawe pada tanggal 10 April 2025 jam 19.00

	WIB ,kemudian pukul 22.00 dilakukan rujukan ke RSUD dr Soedomo dengan keluhan tangan dan kaki kiri susah digerakkan, setelah itu klien dirawat di ruang Unit Stroke. P : Nyeri saat beraktifitas Q : Nyeri terasa cekot-cekot R : Nyeri pada bagian kepala S : Skala nyeri 5 T : Nyeri hilang timbul
Riwayat penyakit dahulu	Keluarga klien mengatakan klien terdiagnosis penyakit hipertensi sejak tahun 2015 dan pernah rawat inap di RSUD dr. Soedomo dengan keluhan yang sama. Klien rutin minum obat hipertensi yang dibeli dari apotek, untuk kontrol/cek kesehatan tidak ada riwayat kontrol maupun cek kesehatan
Riwayat penyakit keluarga	Keluarga klien mengatakan tidak ada penyakit keluarga seperti klien

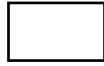
Genogram



Keterangan :



: Perempuan



: Laki-Laki



: Meninggal



:Tinggal bersama



: Pasien

3). Perubahan Pola Kesehatan

Tabel 4.3 Perubahan Pola Kesehatan

Pola Kesehatan	Klien
Makan	Di rumah : Klien mengatakan makan sehari 3x sehari pada pagi, sore, malam dengan komposisi nasi, lauk, sayur. Di RS : Klien mengatakan makan 3x dari RS habis 1½ porsi, dengan komposisi nasi, lauk, sayur, buah. Klien juga mengatakan merasakan mual.
Minum	Di rumah : Klien mengatakan minum 6-7 gelas air putih setiap hari ± 1200 ml. Di RS : Keluarga klien mengatakan dari pagi sampai sore klien minum habis ½ botol air mineral sedang ± 300 ml.

BAK	Di rumah : Klien mengatakan BAK sehari 4-5x, berwarna kuning jernih, berbau khas.
BAB	Di RS : Keluarga klien mengatakan BAK di pampers Di rumah : Klien mengatakan BAB sehari sekali pada pagi hari, berwarna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, dan berbau khas.
Istirahat tidur	Di RS : Keluarga klien mengatakan klien BAB 1x sejak 2 hari terakhir berwarna kuning kecoklatan, konsistensi padat. Klien BAB di atas bed dengan menggunakan pampers. Di rumah : Klien mengatakan pada siang tidur pukul 12.00-13.00 WIB. pada malam hari sekitar pukul 21.00 WIB sampai 05.00 WIB Di RS : Klien mengatakan tidur dirumah sakit tidak terganggu. Pada siang hari pukul 11.00-12.00 WIB. Dan pada malam hari pukul 20.00-04.00 WIB.
Kebersihan diri	Di rumah : Klien mengatakan setiap hari mandi 2x pada pagi dan sore hari. Mencuci rambut 3 hari sekali dan memotong kuku ketika panjang. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien hanya disibin dengan air hangat pada sore hari, belum pernah memotong kuku, belum pernah keramas

Aktivitas dan latihan	Di rumah : Klien mengatakan dirumah klien dapat beraktivitas tanpa bantuan Di RS : Keluarga klien mengatakan klien berbaring di tempat tidur,dan aktivitas sehari-hari dibantu keluarga.
Riwayat psikososial	1) Pola komunikasi Klien dapat berkomunikasi dengan baik, klien berkomunikasi dengan menggunakan bahasa Jawa. 2) Konsep diri a) Gambaran diri Dengan kondisinya saat ini, Tn.M menerima keadaanya dan memiliki semangat yang tinggi untuk kesembuhannya. b) Ideal diri Pasien tampak ikhlas dan tabah dengan keadaannya yang sekarang. c) Harga diri Tn.M tampak bersemangat dan selalu berikhtiar untuk kesembuhannya. d) Peran Tn.M adalah seorang suami sekaligus ayah dari dua orang anak. e) Identitas diri Klien mengatakan ia bernama Tn.M, umur 75 tahun, tinggal di Watulimo Trenggalek.

4). Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

Observasi	Klien
Keadaan umum	Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmentis, GCS 4 (Eye), 5 (Verbal), 6(Motorik). Terpasang selang infus pada tangan kiridengan cairan infus Natrium Cloride 0,9% 14 tpm.
Tanda-tanda vital	TD : 170/100 mmHg N : 74x/menit RR : 20x/menit S : 36,3°C SPO2 : 99%
Kepala dan rambut	Bentuk kepala oval,persebaran rambut merata, rambut kotor, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan pada kepala.
Wajah	Wajah tidak melencong, wajah pucat, tidak ada nyeri tekan pada wajah
Mata	Simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda,sklera putih., pupil isokor, lapang pandang jauh
Telinga	Telinga simetris kanan dan kiri, telinga kotor, telinga berdenging
Leher	Tidak kaku kuduk Tidak terdapat pembesaran vena jugularis, trakea tepat ditengah, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid.
Mulut	Mulut simetris kanan dan kiri. Mukosa bibir lembab, tidak terdapat sianosis, keadaan mulut

	dan lidah bersih. Klien dapat mengunyah dan menelan tanpa gangguan.
Pemeriksaan integumen	Kulit lembab, akral hangat, CRT < 2 detik warnakulit sawo matang, turgor ≤ 3 detik
Pemeriksaan dada/thorax	Inspeksi : bentuk dada normal chest, tidak terdapat retraksi intercosta, RR 20x/menit.
1).Pemeriksaan paru	Palpasi : Vocal premitus sama dilapang paru kanan dan kiri. Perkusi : suara paru sonor Auskultasi : tidak terdapat suara napas tambahan.
2). Jantung	Inspeksi : Ictus cordis tidak terlihat Palpasi : Ictus Cordis teraba di ICS 5 midclavicular. Perkusi : suara pekak Auskultasi : tidak terdapat bunyi jantung tambahan, irama regular
Pemeriksaan payudara	Payudara simetris kanan dan kiri, aerola berwarna lebih gelap daripada areolasekitarnya.
Pemeriksaan abdomen	Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak terdapat benjolan Auskultasi : bising usus 7x/menit Perkusi : suara perkusi tympani Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat pembesaran hepar
Pemeriksaan genetalia	Klien tidak terpasang selang kateter.
Ekstremitas	Simetris kanan dan kiri, aktivitas dibantu keluarga, kekuatan otot 5 5 3 3
Reflek fisiologis	Reflek biseps (+), reflek triceps (+), reflek brachioradialis (+), reflek patella (+), Reflek Achilles (+)
Reflek Patologis	Babinski (+) , Babinski (+) Chaddock (+) , Chaddock (+)

Pemeriksaan neurologis
Kesadaran /GCS :

Composmentis/ GCS 4 (Eye),5 (Verbal), 6 (Motorik).

Kemampuan sensorik : klien

mampu merasakansentuhan,

panas, dingin, tajam, tumpul.

Kemampuan motorik

:klien mengalami

kelemahan pada ekstremitas

sebelah kanan.

Nervus :

1) Nervus Olfactorius

Tn.M diminta untuk

memejamkan mata dan

mencium bau minyak kayu

putih, klien dapat mengenali

bau tersebut dengan baik.

2) Nervus Optikus

Klien mampu membuka mata

secara spontandan mampu

melihat

3) Nervus Okulomotorius

Pupil mampu mengecil saat

terkena cahaya

4) Nervus Toklearis

Klien mampu menggerakkan

bola mata ke atasdan ke

bawah

5) Nervus Trigemini

Klien mampu merasakan

sentuhan

6) Nervus Abdusen

Klien mampu menggerakkan

bola mata ke kanandan ke kiri

7) Nervus Facialis

Klien mampu untuk

berekspresi (meringis,

tersenyum)

8) Nervus Vestibulococlearis

Klien mampu mendengar

dengan baik, klienmampu

menjaga keseimbangan

9) Nervus Glosofaringeus

Klien mampu membedakan

rasa makanan

10) Nervus Vagus

Klien mampu menelan

ludah dan makanan

11) Nervus Assesorius
Klien mengalami kelemahan ekstremitas sebelah kiri, ekstremitas lainnya tidak ada masalah
12) Nervus Hipoglasus
Klien mampu menjulurkan lidah dan mampumenariknya kembali

5). Pemeriksaan Penunjang

a) Foto Rontgen Thorax PA/AP pada tanggal 11 April 2025

dengan hasil :

(1) Cor prominen disertai elongasi dan aortoklerosis

(2) Pulmo saat ini normal

b) EKG pada tanggal 11 April 2025 dengan hasil :

Normal sinus rhythm , left axis deviation, ST & T wave abnormality, consider later ischemia.

c) Darah Lengkap :

Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Rentang Nilai
12 April 2025	Hemoglobin	13.4	g/dL	13.5-18.0
	Hematokrit	44.2	%	37.0-47.0
	Lekosit	6.8	$10^3/uL$	4.0-10.5
	Trombosit	690	$10^3/uL$	150-450
	Eritrosit	5.25	Juta/uL	3.50-4.76
	MCV	84.2	fL	78.0-100.0
	MCH	25.5	pg	31.0-37.0
	MCHC	30.3	g/dL	37.0-54.0
	RDW	19.8	%	11.0-16.0
	PDW	13.3	fL	9.0-17.0
	MPV	10.3	fL	8.0-11.0
	Neu%	86.5	%	37.0-72.0
	Lym%	7.3	%	15.0-50.0
	Mxd%	6.2	%	0.0-14.0

Neu#	24.3	$10^3/\mu\text{L}$	1.5-6.6
Lym#	2.0	$10^3/\mu\text{L}$	1.5-3.5
Mxd#	1.7	$10^3/\mu\text{L}$	<1.0
Glukosa Darah	143	mg/dL	<180.0

CT-Scan pada tanggal 18 Maret 2024 dengan kesimpulan hasil :

- (1) Sub acute – chronic thrombotic cerebral infarction di lobus temporalis kiri
- (2) Sub acute – chronic ischemic cerebral infarction di basal ganglia et capsula interna bilateral pons
- (3) Brain atrofi
- (4) Atherosklerosis MCA bilateral

6). Penatalaksanaan Terapi

Tabel 4.6 Penatalaksanaan Terapi

Tanggal	Terapi
14 April 2025	- Infus Nacl 0,9% 500 ml/24 jam 14tpm - Injeksi Citicolin 2x500 mg
15 April 2025	- Infus Nacl 0,9% 500 ml/24 jam 14tpm - Injeksi Citicolin 2x500 mg
16 April 2025	- Infus Nacl 0,9% 500 ml/24 jam 14 tpm - Injeksi Citicolin 2x500 mg
17 April 2025	- Infus Nacl 0,9% 500 ml/24 jam 14 tpm - Injeksi Citicolin 2x500 mg

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.7 Analisa Data

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	DS : Klien mengatakan merasa pusing Klien mengatakan tangan sebelah kiri susah digerakkan DO : Ku : Lemah Kekuatan otot 5 3 5 3 Tingkat Kesadaran : Composmentis GCS : 4,5,6 CRT : <2detik Warna kulit pucat TD : 180/100 mmHg N : 80x/menit RR : 20x/menit S : 36,3°C SPO2 : 99% Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : Sub acute – chronic ischemic cerebral infarction di basal ganglia et capsula interna bilateral pons Sub acute – chronic throembolic cerebral infarction di lobus temporalis kiri Brain atrofi Atherosklerosis MCA bilateral - Foto Thorax PA/AP : Corprominen disertai elongasi dan Aortoklerosis Pulmo saat ini normal - EKG dengan bacaan : Normal sinus rhythm , left axis deviation, ST & T wave abnormality, consider later ischemia.	Perfusi jaringan serebral tidak efektif	Hipertensi
2	DS : Klien mengatakan mandi dengan cara disibin dibantu keluarga Klien mengatakan makan dan minum dengan dibantu keluarga Klien mengatakan berganti pakaian	Defisit perawatan diri	Kelemahan neuromuskular

dengan bantuan keluarga
 Klien mengatakan BAB dan BAK
 dibantu keluarga dengan menggunakan
 pampers

DO :

BAB dan BAK klien dibantu keluarga
 Makan dan minum klien dengan
 bantuan keluarga
 Mandi klien dibantu keluarga dengan
 cara disibin
 Miring kanan dan miring kiri dibantu
 keluarga
 Pakaian klien berbau
 Rambut klien kotor dan berketombe
 Mukosa bibir klien tampak kering dan
 kotor
 Kelemahan ekstremitas sebelah kiri
 Kekuatan otot

5	3
5	3

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan

NO.DX	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN				
1.	14 April 2025	Perfusi jaringan serebral tidak efektif b/d Hipertensi dibuktikan dengan : DS : Klien mengatakan merasa pusing Klien mengatakan tangan sebelah kiri susah digerakkan DO : Ku Lemah Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>5</td><td>3</td></tr></table> Tingkat Kesadaran Coposmentis GCS : 4,5,6 CRT : <2detik Warna kulit pucat TD : 180/100 mmHg N : 80x/menit RR : 20x/menit S : 36,3°C SPO2 : 99% 1) Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : Sub acute – chronic ischemic cerebral infarction di basal ganglia et capsula interna bilateral pons Sub acute – chronic throembolic cerebral Infarction di lobus temporalis kiri Brain atrofi Atherosklerosis MCA Bilateral - Foto Thorax PA/AP : Cor prominen disertai elongasi dan aortoklerosis Pulmo saat ini normal - EKG dengan bacaan :	5	3	5	3		
5	3							
5	3							

Normal sinus rhythm , left axis
deviation, ST & T wave
abnormality, consider later
ischemia

2. 14 April
2025

Defisit perawatan diri b/d
kelemahan neuromuskular
dibuktikan dengan :

DS :

Klien mengatakan mandi dengan
cara disibin dibantu keluarga
Klien mengatakan makan dan
minum dengan dibantu keluarga
Klien mengatakan berganti pakaian
dengan bantuan keluarga
Klien mengatakan BAB dan BAK
dibantu keluarga dengan
menggunakan pampers

DO :

BAB dan BAK klien dibantu
keluarga
Makan dan minum klien dengan
bantuan keluarga
Mandi klien dibantu keluarga dengan
cara disibin
Miring kanan dan miring kiri dibantu
keluarga
Pakaian klien berbau
Rambut klien kotor dan berketombe
Mukosa bibir klien tampak kering
dan kotor
Kelemahan ekstremitas sebelah kiri
Kekuatan otot

5	3
5	3

4.1.5 Intervensi

No	Tanggal	Diagnosa	SLKI	SIKI	Rasionalisasi
1.	14-04-2025	Perfusi jaringan cerebral tidak efektif berhubungan dengan Hipertensi	Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran mengikat (5) 2. Kognitif meningkat (5) 3. Sakit kepala langsung menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Cemas menurun (5) 6. Demam menurun (5) 7. Tekanan arteri rata-rata membaik (5) 8. Tekanan intra krania membaik (5) 9. Tekanan darah sistolik membaik (5)	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran) 3. Monitor MAP	1. Untuk identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) pasien 2. Untuk monitor tanda/gejala peningkatan TIK pasien 3. Untuk monitor MAP pasien 4. Untuk monitor CVP pasien 5. Untuk monitor PAP pasien 6. Untuk monitor ICP pasien 7. Untuk monitor gelombang ICP pasien 8. Untuk monitor status pernapasan pasien 9. Untuk monitor intake dan output pasien apakah seimbang atau tidak

10. Tekanan darah diastolik membaik (5)	4. Monitor CVP	10. Untuk monitor cairan serebro-spinalis pasien
11. Reflek saraf membaik (5)	5. Monitor PAP	11. Untuk minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang agar pasien nyaman
	6. Monitor ICP	12. Memerikan posisi semi fowler
	7. Monitor gelombang ICP	13. menghindari penggunaan PEEP
	8. Monitor status pernapasan	14. menghindari pemberian cairan IV hipotonik
	9. Monitor intake dan output	15. Mengatur ventilator agar PaCO ₂ pasien optimal
	10. Monitor cairan serebro-spinalis (mis, warna, konsentrasi)	16. mempertahankan suhu tubuh pasien normal
	Terapeutik	17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan
	11. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	18. Kolaborasi pemberian diuretik
	12. Berikan posisi semi fowler	19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja
	13. Hindari penggunaan PEEP	
	14. Hindari pemberian cairan IV hipotonik	

				15. Atur ventilator agar PaCO ₂ optimal	
				16. Pertahankan suhu tubuh normal	
				Kolaborasi	
				17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan	
				18. Kolaborasi pemberian diuretik	
				19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja	
2.	19-03-2024	Defisit perawatan diri b/d kelemahan neuromuscular	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat (L.11103) dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi Meningkat (5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian Meningkat (5)	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian	1. Untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia pasien 2. Untuk monitor tingkat kemandirian pasien 3. Untuk mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,

3. Kemampuan makan Meningkat (5)	3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan	berpakaian, berhias dan makan
4. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri Meningkat (5)		4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik bagi pasien
5. Minat melakukan perawatan diri Meningkat (5)	Terapeutik	5. Menyiapkan keperluan pribadi pasien agar mempermudah
6. Mempertahankan kebersihan diri Meningkat (5)	4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)	6. mendampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri
7. Mempertahankan kebersihan mulut Meningkat (5)	5. Siapkan keperluan pribadi(mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)	7. Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
	6. Dampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri	8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
	7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien agar terjadwal
	8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu	10. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan

melakukan perawatan
diri

9. Jadwalkan rutinitas
perawatan diri

Edukasi

Anjurkan melakukan
perawatan diri secara
konstitusi

4.1.6 Implementasi

Tabel 4.10 Pelaksanaan

NO .	TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TINDAKAN/ IMPLEMENTASI	TANDA TANGAN
1	14/04/2025	Resiko perfusi jaringan Serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	1. Melakukan BHSP 2. Mengobservasi TTV TD : 180/100 mmHg N : 80x/menit RR : 20x/menit S : 36,3°C SPO2 : 99% 3. Berkolaborasi dengan dokter untuk pemerian obat Injeksi citicoline 2x500Mg 4. Atur posisi tidur 30 – 45° dengan posisi leher tidak menekuk fleksi selama 2 jam 5. Memantau tingkat kesadaran 6. Mempertahankan klien untuk bedrest 7. Berikan lingkungan yang tenang dan nyaman pasien dengan memasang safety. 8. Ajari klien untuk tidak mengejan saat buang air besar	
	16.00			
	16.05			
	16.10			
	18.00			
	18.05			
	19.00			
	19.15			
	19.30			

2	14/04/2025	Defisit perawatan diri b/d kelemahan neuromuscular	1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia pasien
	15.00		
	15.05		2. Memonitor tingkat kemandirian pasien
	15.10		3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan
	16.00		4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik
	17.00		5. Menyiapkan keperluan pribadi pasien agar mempermudah
	19.00		6. mendampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri
	19.10		7. Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
	19.20		8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
	19.25		9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien agar terjadwal
	19.30		10. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan

4.1.7 Evaluasi

Tabel 4.11 Evaluasi

NO. DX	TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KETERANGAN
D.0017	14/04/2025 10.00	Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan Hipertensi	S : Klien mengatakan merasa pusing Klien mengatakan merasa pusing Klien mengatakan tangan sebelah kiri susah digerakkan O : Kesadaran Composmenstis K/U lemah Ekstremitas kiri susah digerakkan TTV TD: 190/100mmHg Nadi : 85x/menit Suhu :36,2°C RR: 20x/menit SPO2 : 96% A : Masalah belum teratasi
D.0109	14/04/2025 10.00	Defisit perawatan diri b/d kelemahan neuromuskular	P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8 S : Klien mengatakan mandi dengan cara disibin dibantu keluarga Klien mengatakan makan dan minum dengan dibantu keluarga

Klien mengatakan berganti pakaian dengan bantuan keluarga
 Klien mengatakan BAB dan BAK dibantu keluarga dengan menggunakan pampers

O :

Mandi klien dibantu keluarga dengan cara disibin

Mengganti pakaian dibantu keluarga

Makan dan minum klien dengan bantuan keluarga

BAB dan BAK klien dibantu keluarga

Miring kanan dan miring kiri dibantu keluarga

Mukosa bibir klien tampak kering dan kotor

Kelemahan ekstremitas sebelah kanan

Kekuatan otot

5	3
5	3

A :

Masalah belum teratasi

P :

Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,6,8,9,10

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tanggal/jam	Diagnosa kep.	Implementasi	Evaluasi (SOAP)
15/04/2025	Perfusi jaringan serebral tidak efektif b/d hipertensi	1) Mengobservasi TTV TTV TD : 170/90 mmHg N : 89x/menit S : 36,5°C RR : 23x/menit SPO2 : 98%	S : Klien mengatakan pusing berkurang Klien mengatakan tangan sebelah kiri masih susah digerakkan
08.00			
09.15			
09.30			O :
10.00		2) Atur posisi tidur 30 – 45° dengan posisi leher tidak menekuk	Ku baik Tingkat Kesadaran Composmentis GCS 4,5,6 CRT < 2 Detik
11.00		fleksi selama 2 jam	Ekstremitas kiri masih susah digerakkan Gelisah menurun Tidak pucat
12.00		3) Berkolaborasi dengan dokter untuk pemerian obat Injeksi citicoline 2x500Mg	TTV TD : 170/90 mmHg Nadi : 89x/menit Suhu : 36,5°C RR : 23x/menit SPO2 : 98%
		4) Memantau tingkat kesadaran	A : Masalah teratasi sebagian
		5) Mempertahankan klien untuk bedrest	P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6,7,8
		6) Berikan lingkungan yang tenang dan nyaman pasien dengan memasang safety.	
15/04/2025	Defisit perawatan diri b/d kelemahan neuromuskular	1) Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia pasien	S : Klien mengatakan mandi dengan cara disibin dibantu keluarga Klien mengatakan makan dan minum dengan dibantu keluarga
08.00			
09.15			
09.30		2) Memonitor tingkat kemandirian pasien	Klien mengatakan berganti pakaian dengan bantuan keluarga
10.00			

11.00	3) Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,	Klien mengatakan BAB dan BAK dibantu keluarga dengan menggunakan pampers				
12.00	berpakaian, berhias dan makan	O :				
	4) Menyediakan lingkungan yang terapeutik	BAB dan BAK klien dibantu keluarga				
	5) Menyiapkan keperluan pribadi pasien agar mempermudah	Makan dan minum klien dengan bantuan keluarga				
		Mandi klien dibantu keluarga dengan cara disibin				
		Miring kanan dan miring kiri dibantu keluarga				
		Berganti pakaian masih dibantu keluarga				
		Mukosa bibir klien tampak kering dan kotor				
		Kelemahan ekstremitas sebelah kiri				
		Kekuatan otot				
		<table><tr><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>5</td><td>3</td></tr></table>	5	3	5	3
5	3					
5	3					
		A :				
		Masalah teratasi sebagian				
		P :				
		Intervensi dilanjutkan				
		1,2,3,4,5,6,9,10				

Catatan perkembangan

Tanggal	Diagnose kep.	Implementasi	Evaluasi (SOAP)
Jam			
16/04/2025	Perfusi jaringan serebral tidak efektif b/d hipertensi	1) Mengobservasi TTV TTV TD : 150/90 mmHg N : 80x/menit S : 36,5°C RR : 23x/menit SPO2 : 98%	S : Klien mengatakan pusing berkurang Klien mengatakan ekstremitas sebelah kiri agak susah digerakkan
08.00			
09.15			
09.30			O : Ku : baik
10.00		2) Atur posisi tidur 30 – 45°	Kesadaran
11.00		dengan posisi leher tidak menekuk fleksi selama 2 jam	Composmentis GCS 4,5,6 CRT < 2 Detik Gelisah menurun Tidak pucat
12.00		3) Berkolaborasi dengan dokter untuk pemerian obat Injeksi citicoline 2x500Mg	TTV TD : 150/90 mmHg Nadi : 80x/menit Suhu : 36,5°C RR : 23x/menit SPO2 : 98%
		4) Memantau tingkat kesadaran	A : Masalah teratasi
		5) Mempertahankan klien untuk bedrest	P : Intervensi dihentikan, Klien (KRS)
		6) Berikan lingkungan yang tenang dan nyaman pasien dengan memasang safety	
16/04/2025	Defisit perawatan diri b/d kelemahan neuromuskular	1) Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia pasien	S : Klien mengatakan mandi dengan cara disibin dibantu keluarga
08.00			Klien mengatakan makan dan minum sebagian dibantu keluarga
09.15		2) Memonitor tingkat	
09.30			

10.00	kemandirian pasien	Klien mengatakan berganti pakaian dengan bantuan keluarga
11.00	3) Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan	Klien mengatakan BAB dan BAK dibantu keluarga dengan menggunakan pampers
12.00	4) Menyediakan lingkungan yang terapeutik	O : BAB dan BAK klien masih dibantu keluarga
	5) Menyiapkan keperluan pribadi pasien agar mempermudah	Makan dan minum klien dengan bantuan keluarga Mandi klien dibantu keluarga dengan cara disibin Berganti pakaian masih dibantu keluarga Miring kanan dan miring kiri dibantu keluarga Kelemahan ekstremitas sebelah kiri Kekuatan otot
		$\begin{array}{r l} 5 & 3 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$
		A : Masalah teratasi sebagian
		P : Intervensi dihentikan, Klien (KRS)

4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

No	Teori	Fakta	Kesenjangan
1.	Identitas klien Meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, dan jam masuk rumah sakit	Nama : Tn.M, umur : 75 tahun, jenis kelamin Laki-laki, pendidikan : SMA, agama : Islam, alamat : RT.15/Rw.05, Watulimo, Trenggalek.	Tidak terdapat kesenjangan
2.	Keluhan utama Biasanya klien datang ke rumah sakit dengan keluhan kelemahan anggota gerak satu sisi tubuh, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.	Saat MRS : klien mengatakan merasa pusing,tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemas Saat pengkajian : klien mengatakan pusing,tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemas	Tidak terdapat kesenjangan
3	Riwayat penyakit sekarang Serangan CVA biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi kepala nyeri, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otaklain. (Tarwoto, 2013),.	Keluarga klien mengatakan sejak bangun tidur tangan dan kaki sebelah kiri klien terasa lemah kemudian klien dibawa ke RS pada jam 22.00 WIB dengan keluhan pusing, tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemah. Klien dipindahkan ke ruang Unit Stroke pada jam 12.00 WIB.	Tidak terdapat Kesenjangan
4	Riwayat penakit dahulu Adanya riwayat penyakit hipertensi.penyakit jantung,diabetes mellitus dengan kontrasepsi penggunaan obat- obatan, kegemukan (Tarwoto, 2013)	Keluarga klien mengatakan klien mempunyai riwayat penyakit hipertensi	Tidak terdapat Kesenjangan

	Memori Dalam memori di klafisikasikan menjadi memori segera, memori jangka pendek, memori jangka panjang. Memori segera menyebutkan angka dan pasien mengulanginya. Tes memori jangka pendek berupa verbal dan visual. Memori jangka panjang menanyakan data pribadi pasien. Suasana hati (mood) Mengkaji suasana hati dengan dilihat dari ekspresi wajah dan perilaku pasien mestinya sedih, datar atau sebaliknya.	Mampu menyebutkan nama pasien Tn.M, umur 75 tahun, alamat Watulimo trenggalek Tn.M, mampu tersenyum dan tertawa ketika diajak bercanda	Tidak terdapat Kesenjangan
7	Pola aktivitas sehari-hari Aktivitas dan istirahat Gejala : klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena mengalami kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot). Tanda : gangguan tonus otot, parilitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran	Klien mengatakan pada siang tidur pukul 12.00-13.30 WIB. pada malam hari sekitar pukul 21.00 WIB sampai 05.00 WIB Keluarga klien mengatakan sejak masuk ruangan, klien tidak mengalami kesulitan tidur saat di Rumah Sakit	Terdapat Kesenjangan
8	Pola eliminasi Gejala : adanya perubahan pola berkemih. Tanda : bising usus negatif, distensi abdomen dan kandung kemih..	Di rumah : Klien mengatakan BAB dan BAK dirumah tidak ada gangguan, klien mengatakan BAB sehari sekali, berwarna kuning kecoklatan, konsistensi lembek	Terdapat kesenjangan

		Di RS : Keluarga klien mengatakan BAB semenjak 2 hari terakhir di RS menggunakan pampers	
9	Pola makan Gejala : nafsu makan hilang, mual dan muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia. Tanda : kesulitan menelan dan obesitas.	Di rumah : Klien mengatakan makan sehari 3x sehari pada pagi, sore, malam dengan komposisi nasi, lauk, sayur. Di RS : Klien mengatakan makan tidak ada perubahan, tidak ada kesulitan menelan selama di RS	Terdapat kesenjangan
10	Personal hygiene Pada penderita stroke dengan hemiplegi dan hemiparase akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan sibilin dan oral hygiene.	Di rumah : Klien mengatakan setiap hari mandi 2x pada pagi dan sore hari. Mencuci rambut 3 hari sekali dan memotong kuku ketika panjang. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien hanya disibin pada sore hari, dan belum menggosok gigi	Tidak terdapat kesenjangan
11	Pola aktivitas Pada penderita stroke sering mengeluh pusing, perut sakit, lemas	Di rumah : Klien mengatakan dirumah klien dapat beraktivitas tanpa bantuan Di RS : Keluarga klien mengatakan klien hanya dapat berbaring di tempat tidur dan aktivitas sehari-hari sebagian dibantu keluarga	Tidak ter dapat kesenjangan ,
12	Keadaan umum Pada penderita stroke umumnya mengalami tingkat kesadaran seperti samnolen	Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmentis, GCS 15 4 (Eye), 5 (Verbal), 6 (Motorik). Terpasang selang	Tidak terdapat kesenjangan

	(mengantuk namun dapat disadarkan saat mendapat rangsangan), apatis (klien acuh tak acuh terhadap lingkungan), sopor (klien mengantuk yang dalam), sopor coma hingga coma (penurunan kesadaran) dengan GCS < 12 pada awal serangan stroke. Sedangkan pada saat masa pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15.	infus pada tangan kiri dengan cairan infus Natrium Chloride 0,9% 14 tpm.	
13	Tanda-tanda vital Pada klien dengan stroke yang memiliki riwayat tekanan darah tinggi sering terjadi peningkatan tekanan darah kurang lebih 180/80 mmHg, nadi normal, suhu dalam batas normal. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama.	TD : 170/100 mmHg N : 74x/menit RR : 20x/menit S : 36,3°C SPO2 : 99%	Tidak terdapat kesenjangan
14	.Pemeriksaan kepala dan wajah Kepala Inspeksi : bagaimana penyebaran rambut, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma yang dapat diindikasikan adanya trauma kepala. Palpasi : nyeri tekan juga bisa diindikasikan pada tekanan intrakranial (Nursalam, 2009).	Bentuk kepala oval, penyebaran rambut merata, rambut kotor, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan pada kepala Telinga simetris kanan dan kiri, telinga sedikit kotor, terdengar berdenging	Tidak terdapat kesenjangan Terdapat kesenjangan

Wajah	Inspeksi : terdapat hemiparesis/hemiplegia, wajah mencong ke arah salah satu sisi, wajah pucat.	Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada wajah	Tidak terdapat Kesenjangan
Telinga	Inspeksi : teliga sejajar antara kanan dan kiri, kebersihan telinga, telinga terdengar berdenging	Simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sklera putih, pupil isokor, lapang pandang jauh	Tidak terdapat kesenjangan
Mata	Inspeksi : konjungtiva pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan yang diakibatkan kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil anisokor dapat ditemukan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran, penglihatan dan lapang pandang kurang pada sisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi paralisis pada sisi otot okularis yang sakit (Tarwoto, 2013).	Mulut simetris kanan dan kiri. Mukosa bibir lembab, tidak terdapat sianosis, keadaan mulut dan lidah bersih. Klien dapat mengunyah dan menelan tanpa gangguan.	Terdapat kesenjangan
Mulut dan faring	kesulitan membuka mulut, terdapat sianosis akibat penurunan suplai oksigen. Kebersihan rongga mulut dan gigi terganggu karena kelemahan fisik		Tidak terdapat kesenjangan

	yang mengakibatkan klien kesulitan dalam membersihkan secara mandiri, distritia, afasia (Nursalam, 2009).		
15	Pemeriksaan leher Kaku kuduk jarang terjadi (Sinta, 2011) Palpasi : tidak terdapat benjolan, tidak terdapat vena jugularis, tidak terdapat kelenjar tyroid	Tidak kaku kuduk, Tidak terdapat pembesaran vena jugularis, trakea tepat ditengah, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid.	Tidak terdapat kesenjangan
16	Pemeriksaan dada/thorax Inspeksi : simetris antara kiri dan kanan. Palpasi : vokal vremitus antara kiri dan kanan sama.Perkusi : suara sonor. Auskultasi : biasanya terdapat suara ronchi atau wheezing	Inspeksi : bentuk dada normal chest, tidak terdapat retraksi intercosta, RR 24x/menit, tidak terdapat pulsasi. Palpasi : tidak teraba nyeri tekan, tidak terdapat pembengkakan Perkusi : suara paru sonor Auskultasi : tidak terdapat suara napas tambahan	Terdapat kesenjangan
17	Pemeriksaan abdomen Inspeksi : perut datar Palpasi : tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan. Auskultasi : terdapat penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama. Perkusi : suara tympani dan hipertimpani	Inspeksi: bentuk abdomen datar, tidak terdapat benjolan Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan Auskultasi: terdapat penurunan peristaltic Perkusi : suara perkusi tympani	Tidak terdapat kesenjangan

18	Pemeriksaan integumen Apabila klien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan makaturgor akan jelek. Selain itu perlu juga dikaji adanya tanda- tanda ecubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bedrest selama 2-3 minggu	Kulit tampak pucat, akral hangat, CRT $\geq$ 3Detik Tidak terdapat dekubitus	Tidak terdapat kesenjangan
19	Pemeriksaan ekstremitas didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi karena lesi pada otak berlawanan. hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain	Simetris keluarga, kiri aktivitas dibntu kanan dan kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5 & 2 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$	Tidak terdapat kesenjangan
20	Pemeriksaan genetalia dan anus Terkadang klien mengalami inkontinensia urin.	Tidak mengalami inkontinensia	Terdapat kesenjangan
21	Pemeriksaan neurologi Nervus I (Olfaktiorus) : terdapat masalah pada saraf sensoripenciuman, terkadang ada yang dapat menyebutkan bau yang diberikan perawat, namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kana berbeda. Nervus II (Optikus) : gangguan sensori	1). Nervis Olfaktorius Klien disuruh menutup mata dan diberikan bau bauan minyak kayu putih, dan klien dapat mengenali bau tersebut 2) Nervus Optikusenjamss	Tidak terdapat kesenjangan

penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Biasanya lapang pandang klien baik 90°, visus 6/6. Nervus III (Okulomotoris) : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedib dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata. Nervus IV (Toklearis) : klien dapat mengikuti arah tanganperawat ke atas dan ke bawah. Nerus V (Trigeminus) : klien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada klien koma ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka klien menutupkelompok mata. Nervus VI (Abdusen) : klien dapat mengikuti tangan perawat Nervus VII (Fasialis) : lidah bisa mendorong	Klien mampu membuka mata secarasontan dan mampu melihat 3) Nervus Okulomotorius Pupil mampu mengecil saat terkena cahaya 4) Nervus Toklearis Klien mampu menggerakkan bola mata keatas dan ke bawah 5) Nervus Trigeminus Klien mampu merasakan sentuhan 6) Nervus Abdusen 7) Nervus Facialis Klien mampu untuk berekspresi (meringis,tersenyum)
---	---

pipi ke kiri dan ke kanan, bibir simetris dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin.

Nervus VIII (Vestibulococlearis) : klien kurang dapat mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung pada dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.

Nervus IX (Glossofarineus) : ovule yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan, dan klien dapat merasakan asam urat.

Nervus X (Vagus) : kemampuan klien tidak baik, kesukaran membuka mulut.

Nervus XI (Asesorius) : klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.

Nervus XII (Hipoglosus) : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

8) Nervus Vestibulococlearis

Klien mampu mendengar dengan baik, klien tidak mampu menjaga keseimbangan

9) Nervus Glossofarineus

Klien mampu membedakan rasa makanan

10) Nervus Vagus

Klien mampu menelan ludah dan makanan

11) Nervus Asesorius

Klien hanya mampu menggerakkan bagian sebelah kiri

12) Nervus Hipoglosus

Klien mampu menjulurkan lidah dan mampu menariknya kembali

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1) Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	1) Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral	Tidak Terdapat kesenjangan
2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	2) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskular	
3) Gangguan komunikasi verbal/non verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral , gangguan neuromuskuler		
4) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan neuromuskuler		
5) Gangguan eliminasi urine (inkontinensia fungsional) berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan komunikasi		
6) Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, integrasi, stress psikologik		
7) Resiko kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan kelemahan otot mengunyah, menelan		

INTERVENSI		
Intervensi : sesuai dengan apa yang disusun berdasarkan teori Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral Berikan penjelasan kepada keluarga tentang penyebab peningkatan akibat TIK Observasi tanda tanda vital pada tekanan darah Anjurkan klien bedrest total Berikan posisi 15-30 dengan bantal tidur Ciptakan lingkungan yang tenang dengan batasi pengunjung	Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral 1. Kaji tingkat kesadaran dan GCS 2. Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata 3. Kaji reflek kornea dan gag 4. Evaluasi keadaan motoric dan sensori pasien 5. Monitor tanda-tanda vital 6. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur 7. Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas 8. Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk/ fleksi 9. Anjurkan pasien untuk tidak menekuk lututnya, batuk, bersin, feses yang keras atau mengejan 10. Pertahankan suhu normal 11. Monitor kejang dan berikan obat anti kejang	Tidak terdapat kesenjangan

-
12. Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas pasien semenimal mungkin
 13. Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik
 14. Monitor AGD, PaCO₂ antara 35-45 mmHg dan PaO₂>80mmHg
 15. Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping
 16. Bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostik

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskular

Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Monitor kondisi umum selama melakukan perawatan diri
 Fasilitasi melakukan kebersihan diri
 Libatkan keluarga membantu pasien dalam meningkatkan kebersihan diri
 Jelaskan tujuan prosedur perawatan diri

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskular.

Intervensi :

1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia pasien
 2. Memonitor tingkat kemandirian pasien
 3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan
-

-
4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik
 5. Menyiapkan keperluan pribadi pasien agar mempermudah
-

IMPLEMENTASI

Implementasi merupakan relisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data dan berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, 2015).	Implementasi yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah disusun.	Tidak terdapat kesenjangan
--	---	----------------------------

EVALUASI

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah, 2009).	Disusun dalam catatan perkembangan SOAP dengan kriteria hasil sesuai dengan yang dilakukan sebelumnya	Mengevaluasi klien sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan untuk mengetahui adanya perkembangan.
---	---	---

4.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini akan dibahas mengenai tanda-tanda yang sudah ditemukan ataupun belum ditemukan pada klien berdasarkan hasil penelitian pada klien dengan CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek maka didapatkan hasil sebagai berikut.

4.2.1 Pengkajian

Setelah peneliti melakukan pengkajian mulai dari anamnesa sampai pemeriksaan fisik, maka didapatkan data bahwa tidak semua keluhan ataupun tanda gejala dari penyakit CVA *Infark* ditemukan pada klien.

1) Riwayat penyakit keluarga

Berdasarkan hasil penelitian di dalam keluarga pasien tidak ada yang menderita hipertensi.

Hal tersebut tidak sesuai dengan teori dari Muttaqin (2008) Adanya riwayat hipertensi pada keluarga, riwayat terjadinya stroke pada keluarga, komposisi keluarga, lingkungan rumah dan komunitas, kultur dan kepercayaan, fungsi dan hubungan keluarga perilaku yang dapat mempengaruhi kesehatan, persepsi keluarga tentang penyakit pasien dan apakah ada anggota keluarga lain yang mengidap penyakit menular.

Dari uraian di atas terdapat ketidaksesuaian antara fakta dan teori, peneliti berpendapat bahwa tidak semua penyakit *stroke* berasal dari keturunan, melainkan bisa juga terjadi karena faktor

gaya hidup atau riwayat penyakit yang dapat memicu munculnya faktor resiko dari *stroke*.

2) Pola Istirahat Tidur

Klien mengatakan tidur dirumah sakit tidak terganggu.

Pada siang hari pukul 11.00-12.00 WIB. Dan pada malam hari pukul 20.00-04.00 WIB.

Hal tersebut tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Tarwoto (2013) yaitu Biasanya klien mengalami kesukaran untuh istirahat karena kejang otot/nyeri otot.

Berdasarkan uraian di atas terdapat kesenjangan antara fakta dan teori, dimana peneliti berpendapat bahwa pasien tidak mengalami gangguan pola tidur karena lingkungan sekitar yang mendukung,dan pengaruh obat obatan (pemberian santagesik) sehingga tidur pasien dapat terpenuhi dengan baik.

3) Pemeriksaan dada/thorax

Berdasarkan hasil penelitian,tidak terdapat suara napas tambahan. Pernyataan Tarwoto (2013) pada pemeriksaan Paru saat di lakukan Auskultasi biasanya terdapat suara ronchi atau wheezing.

Berdasarkan teori dan fakta yang ada peneliti berpendapat pasien tidak mengalami ronchi atau wheezing karena tidak ada penumpukkan sekret dan klien tidak mengalami penurunan kesadaran.

Berdasarkan hasil penelitian klien masih dengan kondisi sadar sehingga tidak ada gangguan pernafasan ataupun suara tambahan lainnya.

4) Pemeriksaan Genetalia dan Anus

Berdasarkan hasil penelitian yang didapat tidak ada luka dan nyeri pada area genetalia, BAB dan BAK lancar.

Menurut Tarwoto 2013 adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri

Menurut peneliti hal ini tidak semua pasien stroke mempunyai luka dan nyeri pada area genetalia karena mobilitas pasien masih terjaga, dilakukan perubahan posisi miring kanan dan miring kiri dan pasien tidak mengalami inkontensia urin sehingga tidak terjadi infeksi pada area genetalia serta perawatan dilakukan dengan baik sehingga tidak terjadi luka dan nyeri pada pasien.

5) Pola Eliminasi

Berdasarkan hasil penelitian keluarga pasien mengatakan saat dirumah sakit BAB 1 kali dan untuk BAK pasien menggunakan pampers dalam sehari pasien ganti 3 kali, pampers terlihat penuh $\pm$ 1000 urin/hari.

Menurut Tarwoto, 2013 pola eliminasi mengalami perubahan pola berkemih, distensi abdomen dan kandung kemih.

Peneliti berpendapat klien tidak mengalami konstipasi karena cairan klien tercukupi dengan air mineral maupun susu cair.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahawa tidak semua diagnosa muncul pada klien. Diagnosa yang muncul pada klien yaitu Perfusi Jaringan *Serebral* tidak efektif berhubungan dengan infark serebral, Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan Neuromuskular.

Diagnosa diantaranya yaitu Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, Gangguan komunikasi verbal/non verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral , gangguan neuromuskuler Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan neurumuskuler.

Berdasarkan hasil analisa data ada beberapa gejala yang tidak muncul pada hasil. Peneliti merumuskan Diagnosa yang muncul pada klien yaitu Resiko Perfusi Jaringan *Serebral* berhubungan dengan hipertensi dan Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan neurolomuskular.

4.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori-teori dari studi kepustakaan yang ada. Dalam penelitian ini, intervensi diambil dari buku SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).

4.2.4 Implementasi keperawatan

Impelementasi dilaksanakan selama 3 hari dan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun. Dalam pelaksanaannya pada klien

tidak semua rencana yang telah disusun dapat diimplementasikan karena implementasi yang dilaksanakan menyesuaikan dengan kondisi klien serta standar yang ada dalam lahan penelitian.

Berdasarkan teori, pelaksanaan ada realisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, menilai data yang baru). Hal ini dilakukan karena dengan dilakukannya implementasi keperawatan maka perawat akan dapat memberikan asuhan keperawatan pada klien. Oleh karena itu, seorang perawat harus memiliki pengetahuan dan skill keperawatan mengenai tindakan yang dilakukan terhadap kasus yang ditangani, sehingga semua intervensi yang telah dirumuskan dapat dilaksanakan dengan baik dan dapat menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami klien.

4.2.5 Evaluasi

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP yang bertujuan untuk memudahkan pemantauan perkembangan klien. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan pada klien selama 3 hari. Saat melakukan evaluasi sampai hari ketiga, pada hari kedua kondisi klien sudah ada sedikit perubahan. Berdasarkan teori, evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Hal ini terjadi pada klien karena pemulihan pada penyakit CVA *Infark* membutuhkan waktu yang lama,

sehingga perlu perawatan intensif dan berkelanjutan terutama pada klien yang telah mengalami kelemahan tubuh. Dan untuk perawatan selanjutnya bisa dilakukan oleh keluarga di rumah seperti latihan gerak aktif dan pasif untuk pemulihan anggota gerak yang mengalami kelemahan.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari tujuan umum menyimpulkan peneliti Memberikan Asuhan Keperawatan pada klien dengan CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Sedangkan dari tujuan khusus peneliti menyimpulkan beberapa tujuan di antaranya :

5.1.1 Pengkajian

Berdarkan hasil penelitian di dapatkan hasil bahwa, Tn.M tidak mengalami semua tanda tanda CVA *Infark* yang telah dipelajari, ada kesamaan dan juga ada kesenjangan antara teori dan fakta contohnya pada pola interaksi dan komunikasi pada teori disebutkan bahwa biasanya penderita CVA *Infark* kesulitan menjawab pertanyaan dari perawat karena adanya gangguan *disartria, disfonia, afasia*. Tetapi fakta yang ditemukan peneliti, Tn.M mampu menjawab pertanyaan dari perawat tanpa adanya gangguan berbicara.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian pada pasien CVA didapatkan hasil bahwa tidak semua diagnosis dimasukann, peneliti merumuskan beberapa diagnosa merumuskan diagnose Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral dan Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan Neuromuskular.

5.1.3 Intervensi

Pada tahap perencanaan, intervensi keperawatan disusun

berdasarkan teori teori dari kepustakaan dan referensi yang ada dari SIKI. (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).

5.1.4 Implementasi

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun peneliti. Dalam pelaksanaanya tidak semua rencana yang telah disusun dapat diimplementasikan krena menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien serta standar yang dilahan penelitian.

5.1.5 Evaluasi

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

5.1.6 Analisa Peneliti

Pada tahap analisa peneliti melakukan perbandingan antara toeri dan fakta untuk menemukan adanya kesenjangan dan didapatkan kesenjangan pada pola interaksi dan komunikasi, pola aktifitas, pola eliminasi, pola makan, pemeriksaan kepala dan wajah, pemeriksaan dada/thorax dan pemeriksaan genetalia dan anus.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan khususnya Ruang Unit Stroke

RSUD dr. Soedomo Trenggalek diharapkan agar lebih meningkatkan mutu pelayanan serta melaksanakan tindakan mandiri perawat yang tepat. Tindakan mandiri perawat diharapkan mampu memberikan perubahan yang baik terutama klien CVA *Infark* dengan cara memberikan asuhan keperawatan sehingga mampu meningkatkan status kesehatan klien.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan khususnya bagi pendidikan keperawatan. Dan sebagai bahan kepustakaan untuk mahasiswa dalam penelitian selanjutnya, agar memberikan asuhan keperawatan pada klien Stroke dengan lebih baik lagi.

5.2.3 Bagi Penulis

Di harapkan penulis mampu meningkatkan kemampuan dan pengetahuan lebih baik lagi sehingga bisa bermanfaat bagi kedepanya..

5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat memberikan asuhan keperawatan yang baik dalam melakukan asuhan keperawatan. Dalam peneliti yang saat ini telah dilakukan masih berfokus pada kebutuhan dasar manusia, mungkin untuk selanjutnya dapat dikembangkan dalam aspek psikologi pasiennya.

DAFTAR PUSTAKA

- Harianto, A. S. (2015). Buku ajar keperawatan medikal bedah I dengan diagnosis nanda Internasional. Jogjakarta: Ar-ruzz.
- Indrawati, S. D. (2016). *Care yourself stroke cegah dan obati sendiri*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Kemenkes. (2018). *Apa itu Stroke*. Diambil kembali dari Kemenkes: <https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke/apa-itu-stroke>
- Kemenkes. (2018). *Apa saja Jenis-Jenis Stroke*. Diambil kembali dari Kemenkes: <https://p2ptm.kemkes.go.id/Infographic/stres-dapat-dirasakan-oleh-siapa-saja/apa-saja-jenis-jenis-stroke>
- Kemenkes. (2023). *Mengenal Stroke Lebih Dekat*. Diambil kembali dari Kemenkes: https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2936/mengenal-stroke-lebih-dekat
- Kusyani Asri, K. A. (2022). Asuhan Keperawatan Untuk Mahasiswa dan Perawat Profesional. 2022: Guepedia.
- Lestari Inka, E. R. (2024). Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Stroke. *Jurnal Global Ilmiah*, 3026-5207.
- Maulida, M. (2018). Pengaruh Rasio Kolesterol Total terhadap High Density Lipoprotein (HDL). *Pengaruh Rasio Kolesterol Total terhadap Hight Density Lipoprotein (HDL) pada Kejadian Stroke*, Volume 7 Nomor 2|.
- Muttaqin, A. (2008). Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persyaraf. Jakarta: Selamba Medika.
- NANDA. (2016). *Buku diagnosa keperawatan definisi dan klasifikasi*. Jakarta: ECG.
- Natasya, P. A. (2023). GAMBARAN EPIDEMIOLOGI STROKE DI JAWA TIMUR TAHUN. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* , Volume 7, Nomor 1.
- Nurlaily, A. P. (2020). Asuhan Keperawatan Hemorogik dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar. *Journal of Advanced Nursing and Health Sciences*, : 21 - 25.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Selemba Medika.
- Oktavianus. (2014). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Graha Ilmu.

- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta: PPNI.
- PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi Rencana dan Tindakan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- Putri, A. A. (2023). Gambaran Epidemologi Stroke di Tahun 2023 Jawa Timur. *Program Studi Kesehatan Masyarakat*, Volume 7, Nomor 1.
- Srilestari. (2022). *Stroke*. Diambil kembali dari Kemenkes: https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/620/stroke
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Pendidikan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suryono, A. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dalam Bidang*.
- Tarwoto. (2013). *Gangguan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: CV Sagung Seto. Edisi II.
- Wahyuni, A. T. (2019). *Profil Pasien Stroke Iskemik di Instalasi Stroke*. Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Pindad Turen (Doctoral dissertation, Akademi Farmasi Putera Indonesia Malang).
- WHO. (2022). *World Stroke Day 2022*. Diambil kembali dari World Health Organization: <https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022>
- Widyawati, I. B. (2020). Literature Review: Efektivitas Terapi Range Of Motion (ROM) Pada Klien CVA. *Jurnal Citra Keperawatan*, 8.2: 93-100.

Lampiran 1



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Poltekkes Kesehatan Malang
 Jalan Besar Ipm 77C
 Malang, Jawa Timur 65032
 0241-566021
<https://poltekkes.malang.go.id>

Trenggalek, 14 Maret 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/149/2025

Lamp. : 1 (satu) bendel

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

K e p a d a :

Yth.Sdr. Direktur RSUD Dr Soedomo

Kabupaten Trenggalek

di –

TRENGGALEK

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

Nama : RISQI SEPTIAWAN

NIM : P17240223030

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien dengan CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

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

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya 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.

Lampiran 2



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, 25 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 269 /406.010.001/18.00/2025
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Penelitian

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

Menjawab surat Saudara nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/149/2025 tanggal 14 Maret 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : **RISQI SEPTIAWAN**
NIM : P17240223030
Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang

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

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

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

a.n. Direktur RSUD dr. SOEDOMO
KABUPATEN TRENGGALEK
Kabid. Pembinaan dan Pengendalian



ST. JONG, Sst., M.Kes

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

Lampiran 3

Lampiran 3 Lembar Persetujuan (Inform Consent)

LEMBAR PERSETUJUAN

(INFORMED CONCENT)

Nama saya Risqi Septiawan. Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek Program Studi D-III Keperawatan Tremggalek mengharapkan partisipasi saudara sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA Infark di Ruang Unit Stroke dr. Soedomo Trenggalek”** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang saudara rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas serta informasi yang klien berikan hanya akan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa pasien telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Trenggalek, 14 April 2025



(.....MARSANI.....)

Lampiran 4

Lampiran 4 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah saya membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek yang bernama Risqi Septiawan yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA Infark Di Ruang Unit Stroke dr. Soedomo Trenggalek”** saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menandatangani surat perjanjian ini

Trenggalek, 14 April 2025



(.....
Trenggalek.....)

Lampiran 5



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

FORMULIR PENGAJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Risqi Septiawan

NIM : P17240223030

Judul tugas akhir yang diusulkan berdasarkan prioritas :

No	Bidang/Departemen	Judul
1.	Keperawatan Medikal Bedah	Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA Infark Di Ruang Seruni RSUD dr.Soedomo Trenggalek.
2		
3		

Hari/Tanggal Pengumpulan : Senin, 12 Februari 2024

Trenggalek, 12 Februari 2024

Mengetahui

Mahasiswa,

Koordinator MK Karya Tulis Ilmiah

(Mimik Christiani,SST.,M.Kes)

(Risqi Septiawan)

NIP. 919830626201901201

NIM.P17240223030

Lampiran 6**FORMAT****ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CVA****DISUSUN OLEH :****NAMA** : _____**N I M** : _____

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



- Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388
 Fax (0341) 556746
 - Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember Telp (0331) 486613
 - Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp (0341) 427847
 - Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar 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. Cipto Mangunkusomo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792



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

FORMAT PENGKAJIAN

DATA – DATA KEPERAWATAN

1. BIODATA :

★ Nama : _____

★ Jenis kelamin : _____

★ Umur : _____

★ Status perkawinan : _____

★ Pekerjaan : _____

★ Agama : _____

★ Pendidikan terakhir : _____

★ Alamat : _____

★ Tanggal/Jam MRS : _____

★ Tanggal/Jam pengkajian : _____

2. DIAGNOSA MEDIS :

3. KELUHAN UTAMA :

 .

4. RIWAYAT PENYAKIT SAAT INI (P Q R S T)

.....

5. RIWAYAT KESEHATAN / PENYAKIT DAHULU

.....
.....

6. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

.....
.....
.....
.....

7. RIWAYAT KEHIDUPAN SOSIAL

.....
.....
.....
.....

8. POLA KOGNISI**Status Mental Emosional**

.....
.....
.....

Mekanisme Koping

.....
.....
.....

Komunikasi

.....
.....
.....

9. STATUS SPIRITUAL

.....

.....

.....

10. POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

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

11. PEMERIKSAAN FISIK

a. Pengkajian Primer

1) Airway

.....

.....

2) Breathing

.....

.....

3) Circulation

.....

.....

4) Disability

Kualitatif

.....

Kuantitatif

.....

b. Pemeriksaan kepala dan leher (Pemeriksaan Pupil):

.....

.....

c. Pemeriksaan integumen :

.....

.....

d. Pemeriksaan dada / thorax :

Inspeksi:.....

Palpasi :.....

Perkusi :.....

Auskultasi :.....

e. Abdomen :

Inspeksi:.....

Auskultasi :.....

Perkusi :.....

Palpasi :.....

f. Genetalia :

.....

12. PEMERIKSAAN FUNGSI MOTORIK

.....

13. PEMERIKSAAN FUNGSI SENSORIK

.....

14. PEMERIKSAAN REFLEK

.....

15. PEMERIKSAAN SARAF KRANIALIS

a. Nervus Olfaktorius

b. Nervus Optikus

c. Nervus Okulomotorius

d. Nervus Toklearis

e. Nervus Trigeminus

f. Nervus Abdusen

g. Nervus Fasialis

h. Nervus Auditorius

i. Nervus Glosfaringeus

j. Nervus Vagus

k. Nervus Asesorius

l. Nervus Hipoglosus

16. PEMERIKSAAN PENUNJANG

.....

17. PENATALAKSANAAN (TERAPI / PENGOBATAN)

.....

Trenggalek, ...

Pembimbing

ANALISA DATA**NAMA PASIEN :****UMUR :****NO. REGISTER :****RUANG :**

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

DIAGNOSA KEPERAWATAN**NAMA PASIEN :****UMUR :****NO. REGISTER :****RUANG :**

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN SDKI	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	Tujuan dan kriteria hasil berdasarkan SLKI	Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI	Rasionalisasi	Tanda Tangan

IMPLEMENTASI**NAMA :****UMUR :****NO. REG :****RUANG :**

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

EVALUASI**NAMA :****UMUR :****NO. REG. :****RUANG :**

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan

CATATAN PERKEMBANGAN

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

Lampiran 7



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 : Risqi Septiawan
NIM : P17240223030
Dosen Pembimbing : Mimik Christiani,SST.,MKes.

NO	TANGGAL	ROKEMANDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	12 februari 2024	Pengajuan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan CVA Infark di Ruang Unit Stroke RSUD Dr Soedomo Trenggalek	
2.	19 februari 2024	Bab 1 : Diurutkan dengan alasan dengan pengambilan judul dan referensi cari yang ter update	
3.	23 februari 2024	- Bab 1 unsur-unsur sudah ada tetapi perlu penataan - Batasan masalah ditata ulang kalimatnya - Tujuan sudah ,manfaat diperhatikan	
	4 Maret 2025		

4.		• Alenia 1 : Belum adaaskep dengan stroke • Alenia 4 : Belum ada askep • Batasan masalah jelas fokus	
5.	10 Januari 2025	• Bab 1 : Ditambah referensi dan keajegan istilah • Bab 2 : Perlu di sesuaikan referensi yang sesuai dengan SLKI	
6.	13 Januari 2025	• Lengkapi pengkajian bab 2 dan urutkan	
7.	15 Januari 2025	• Siapkan ujian dan membuat PPT	
8.	29 april 2025	• Mengganti diagnose di analisa data • Revisi DS dan DO di diagnose ke 2	
9.	5 mei 2025	• Revisi pembahasan	
10.	6 mei 2025	• Revisi kesenjangan social dan dan (SOAP)	
11.	7 mei 2025	• Siapkan ujian seminar hasil	



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 : Risqi Septiawan
NIM : P17240223030
Dosen Penguji : Ns. Tunik, S.Kep.,MKep.

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	04 Februari 2025	1. Sidang proposal Karya tulis Ilmiah 2. lebih menspesifikkan batasan masalah, dan lebih memudahkan bahasanya 3. Patway stroke cva 4. Batasan istilah dijelaskan definisinya 5. Kriteria pasien lebih detail lagi	
2.	19 Februari 2025	1. Latar belakang alinea 1 dibenahi kalimatnya 2. Batasan masalah 3. Partisipan harus ada sumber	
3.	27 Februari 2025	1. Revisi alinea 1 2. ACC Proposal Karya Tulis Ilmiah	