

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CVA (*CEREBO VASCULER
ACCIDENT*) INFARK DI RUANG UNIT STROKE**

RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK

KARYA TULIS ILMIAH

WAHYU SETIYAWATI

(P17240221014)



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN KAMPUS

KAB. TRENGGALEK

2025

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

TRENGGALEK

KARYA TULIS ILMIAH

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan
program pendidikan Diploma 3 Keperawatan di program Studi
Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**

**WAHYU SETIYAWATI
(P17240221014)**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN TRENGGALEK**

CURICULUM VINTAE

Nama : WAHYU SETIYAWATI

Tempat/tanggal lahir : Trenggalek, 14 Agustus 2003

Agama : Islam

Alamat : RT.017, RW. 005, Dsn. Banaran,

Ds. Timahan, Kec. Kampak,

Kab. Trenggalek

Email : wahyusetyawati81@gmail.com



Riwayat Pendidikan :

1. TK Lulus Tahun 2010 : TK Dharma Wanita 1 Timahan
2. SD Lulus Tahun 2016 : SDN 3 Timahan
3. SMP Lulus Tahun 2019 : SMPN 3 Kampak
4. SMA Lulus Tahun 2022 : MAN 1 Trenggalek

PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Wahyu Setiyawati

NIM : P17240221014

Program Study : Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek
Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang

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

Mengetahui,

Pembimbing




Ns. Dewi Wulandari, S. Kep., M. Kep.

NIP. 919811111 20190 1 201

Trenggalek, 29 April 2025

Yang Membuat Pernyataan



Wahyu Setiyawati

NIM : P17240221014

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Wahyu Setiyawati (P17240221014) dengan judul
**“Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) Infark di
Ruang Unit Stroke Rsud Dr. Soedomo Trenggalek”**, telah diperiksa dan disetujui
untuk diujikan pada

Trenggalek, 29 April 2025

Pembimbing


Handwritten signature of Ns. Dewi Wulandari

Ns. Dewi Wulandari, S. Kep., M. Kep.

NIP. 919811111 20190 1 201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Wahyu Setiyawati (P17240221014) dengan judul
“Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) Infark di
Ruang Unit Stroke Rsud Dr. Soedomo Trenggalek”, telah dipertahankan di
depan Dewan Penguji pada 06 Mei 2025

Dewan Penguji

Ketua Penguji



Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep
NIP. 919840706201901201

Anggota Penguji



Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep
NIP. 919811111201901201

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19760810 200212 2 001

MOTTO

“Orang tua di rumah menanti kepulanganmu dengan hasil yang membanggakan, jangan kecewakan mereka. Simpan keluhmu, sebab letihmu tak sebanding dengan perjuangan mereka menghidupimu”

-Ika df

“Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari suatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan lain).

Dan hanya kepada Tuhanlah engkau berharap.”

(QS. Al-Insyirah : 6-7)

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah. Segala puji bagi Allah SWT, kita memuji-Nya, dan meminta pertolongan, pengampunan, serta petunjuk kepada-Nya.

Dengan ini saya persembahkan untuk kedua orangtua tercintaku bapak dan ibu sebagai tanda bakti dan rasa terima kasih yang tiada terhingga ku persembahkan karya kecil ini kepada bapak dan ibu yang telah memberikan kasih sayang dan segala dukungan, dan cinta kasih yang tiada terhingga yang hanya dapat kubalas dengan selembar kertas ini yang bertuliskan kata cinta persembahan. Semoga ini menjadi awal untuk membuat bapak dan ibu Bahagia, karena ku sadar selama ini belum bisa berbuat yang lebih. Untuk kedua orangtuaku yang paling kucintai terimakasih banyak selama ini banyak memberikan banyak motivasi, selalu mendoakanku, selalu menyirami kasih sayang, dan selalu menasehatiku untuk menjadi lebih baik.

Kepada diri saya sendiri, yang telah bertahan hingga saat ini disaat penulis tidak percaya terhadap dirinya sendiri. Namun penulis tetap mengingat bahwa setiap Langkah kecil yang telah diambil adalah bagian dari perjalanan, meskipun terasa sulit atau lambat. Apapun pilihan yang telah dipegang sekarang terimakasih sudah berjuang sejauh ini. Terimakasih tetap memilih berusaha sampai titik ini dan tetap menjadi manusia yang selalu mau berusaha dan tidak Lelah mencoba. Ini merupakan pencapaian yang patut dirayakan untuk diri sendiri. Berbahagialah selalu apapun kekurangan dan kelebihanmu itu tetap berjuang untuk kedepan.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA (Cerebral Vascular Accident) Infark Di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek” tepat pada waktu yang ditentukan. Demikian Karya Tulis Ilmiah ini saya buat sebagai persyaratan menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek.

Dalam penyusunan, penulis mendapat banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini penulis tidak lupa 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 D3 Keperawatan Kampus V 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 Trenggalek yang telah memberi izin untuk pelaksanaan penelitian hingga terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.

- 4) Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua Program Studi di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus V Trenggalek.
- 5) Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep., selaku pembimbing penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan dorongan, perhatian, bimbingan, serta saran sehingga terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini
- 6) Ns. Elok Yulidaningsih, S.kep., M.kep., selaku dewan penguji Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberikan masukan yang membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
- 7) Ns. Zuliana, S.Kep., Ns, selaku Kepala Ruang Unit Stroke yang telah memberikan tempat penelitian
- 8) Ny. M yang telah bersedia menjadi responden dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, maka dengan segala kerendahan hati, saran dan kritik yang konstruktif sangat penulis harapkan demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini

Trenggalek, 29 April 2025



Wahyu Setiyawati

NIM : P17240221014

ABSTRAK

Wahyu Setiyawati (2025). Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA (Cerebro Vascular Accident) Infark Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Karya Tulis, Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, Jurusan Keperawatan. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing: Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep.

Asuhan keperawatan pada klien CVA merupakan kegiatan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia yang dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi pada orang yang mengalami penyakit pada otak berupa gangguan fungsi syaraf local atau global, munculnya mendadak, dan cepat. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan deskriptif kualitatif melalui pendekatan studi kasus di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Partisipan yang diambil penelitian ini adalah 1 klien dengan kriteria bersedia menjadi partisipan, tanpa adanya penyakit penyerta, serta bersedia memberikan informasi yang diperlukan dalam penelitian. Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu wawancara, pengamatan, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Dari hasil penelitian didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta yaitu riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, pola sensori dan kognitif, pemeriksaan fisik, dan pada syaraf kranial). Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu risiko perfusi serebral berhubungan dengan tekanan darah tinggi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, dan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria. Klien CVA Infark membutuhkan waktu pemulihan yang tidak singkat, sehingga memerlukan perawatan intensif dan berkelanjutan. Oleh karena itu, harus diberikan asuhan keperawatan yang tepat agar mempercepat proses pemulihan dan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, CVA Infark, Klien

ABSTRACT

Wahyu Setiyawati (2025). Nursing Care for Clients with CVA (Cerebro Vascular Accident) Infarction in the Stroke Unit of RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Written work, D3 Nursing Study Program, Trenggalek Regency Campus, Nursing Department. Ministry of Health Malang Health Polytechnic. Supervisor: Ms. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep.

Nursing care for CVA clients is an activity to fulfill basic human needs starting from assessment, diagnosis, intervention, implementation and evaluation of people who experience brain disease in the form of local or global nerve function disorders, which appear suddenly and quickly. The aim of this research is to provide nursing care to clients who experience CVA (Cerebro Vascular Accident) Infarction in the Stroke Unit of Dr. Soedomo Trenggalek Hospital. In this study, researchers used descriptive qualitative through a case study approach in the Stroke Unit Room of rsud dr. Soedomo Trenggalek. The participants taken in this study were 1 client with the criteria of being willing to be a participant, cooperative, and full awareness and willing to provide the necessary information in the study. The data collection methods used are interviews, observations, physical examinations and documentation studies. From the research results, it was found that there was a gap between theory and fact, namely previous medical history, family medical history, sensory and cognitive patterns, physical examination, and cranial nerves). The nursing diagnoses that emerged were risk of cerebral perfusion related to high blood pressure, impaired physical mobility related to decreased muscle strength, and impaired verbal communication related to dysarthria. CVA Infark clients need a short recovery time, so they require intensive and ongoing care. Therefore, proper nursing care must be provided in order to speed up the recovery process and improve the quality of nursing services to prevent the emergence of further complications.

Keywords: *Cerebro Vascular Accident, Nursing Care, Client.*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
CURICULUM VINTAE	ii
PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
MOTTO.....	v
PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
ABSTRAK.....	x
<i>ABSTRACT</i>	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR ISTILAH.....	xix
DAFTAR SINGKATAN.....	xxii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	4
1.3 Rumusan Masalah.....	5
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.4.1 Tujuan Umum.....	5
1.4.2 Tujuan Khusus.....	5
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.5.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8

2.1	Konsep Dasar Penyakit	8
2.1.1	Pengertian CVA Infark	8
2.1.2	Klasifikasi	9
2.1.3	Etiologi.....	10
2.1.4	Faktor Resiko	11
2.1.5	Manifestasi Klinis.....	13
2.1.6	Komplikasi	16
2.1.7	Pemeriksaan Penunjang	18
2.1.8	Patofisiologi	20
2.1.9	Penatalaksanaan.....	23
2.2	Konsep Dasar Asuhan Keperawatan CVA Infark	25
2.2.1	Pengkajian	25
2.2.2	Diagnosa.....	38
2.2.3	Intervensi.....	50
2.2.4	Implementasi	63
2.2.5	Evaluasi.....	64
2.2.6	Dokumentasi Keperawatan	65
BAB 3 METODE PENELITIAN		67
3.1	Desain Penelitian	67
3.2	Batasan Istilah	68
3.3	Partisipan.....	69
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	69
3.4.1	Lokasi.....	69
3.4.2	Waktu Penelitian.....	69
3.5	Pengumpulan Data.....	69
3.5.1	Bahan/Instrumen.....	69

3.5.2	Metode Pengumpulan Data	70
3.5.3	Prosedur Pengumpulan Data	70
3.6	Uji Keabsahan Data	73
3.6.1	Credibility	73
3.6.2	Transferability	73
3.6.3	Dependability	74
3.6.4	Comfirmability	74
3.7	Analisa Data	74
3.8	Etika Penelitian.....	75
3.8.1	Informant Consent (Lembar Persetujuan).....	76
3.8.2	Anonymity (Tanpa Nama).....	76
3.8.3	Confidentiality (Kerahasiaan)	76
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN		77
4.1	Hasil	77
4.1.1	Gambaran Lokasi Penelitian	77
4.1.2	Pengkajian	78
4.1.3	Analisa Data	89
4.1.4	Diagnosa Keperawatan	91
4.1.5	Intervensi Keperawatan	94
4.1.6	Implementasi Keperawatan.....	98
4.1.7	Evaluasi Keperawatan.....	100
4.1.8	Catatan Perkembangan.....	102
4.1.9	Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan	107
4.2	Pembahasan.....	124
4.2.1	Pengkajian	124
4.2.2	Diagnosa Keperawatan	135

4.2.3	Intervensi Keperawatan	137
4.2.4	Implementasi Keperawatan.....	138
4.2.5	Evaluasi Keperawatan.....	139
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN		141
5.1	Kesimpulan.....	141
5.1.1	Pengkajian	141
5.1.2	Diagnosa Keperawatan	141
5.1.3	Intervensi.....	142
5.1.4	Implementasi	142
5.1.5	Evaluasi.....	142
5.2	Saran	143
5.2.1	Bagi Lahan Penelitian.....	143
5.2.2	Bagi Intitusi.....	143
5.2.3	Bagi Peneliti	144
5.2.4	Bagi Klien	144
DAFTAR PUSTAKA		145

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi	20
--------------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Identitas Klien.....	79
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit.....	80
Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	82
Tabel 4.4 Konsep Diri.....	83
Tabel 4.5 Pola Kognitif dan Persepsi Sensori.....	84
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik.....	84
Tabel 4.7 Hasil Pemeriksaan Darah Lengkap.....	87
Tabel 4.8 Penatalaksanaan (Terapi/Pengobatan).....	89
Tabel 4.9 Analisa Data.....	90
Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan.....	92
Tabel 4.11 Intervensi Keperawatan.....	95
Tabel 4.12 Implementasi Keperawatan.....	99
Tabel 4.13 Evaluasi Keperawatan.....	101
Tabel 4.14 Catatan Perkembangan.....	103
Tabel 4.15 Hasil Analisis.....	108

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 2	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR ISTILAH

Abdomen	: Rongga tubuh terbesar terletak tepat dibawah toraks dan dipisahkan dari rongga toraks oleh diafragma
Afasia	: Kesulitan dalam bicara
Akut	: Mendadak atau baru saja terjadi
Antikoagulan	: Pencegahan atau penyusutan jaringan otot atau saraf
Anoreksia	: Hilangnya selera makan
Aritmia	: Gangguan irama jantung, suatu kondisi dimana denyut jantung tidak menentu
Aterosklerosis	: Mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah
Bed Rest	: Tirah baring
Bladder	: Suatu kantong membranosa, seperti yang bertindak sebagai wadah sekresi terutama kandung kemih
Bowel	: Usus atau intestinum
Defisit Neurologis	: Suatu kelainan fungsional area tubuh karena penurunan fungsi otak, medulla spinalis, saraf perifer dan otot
Dehidrasi	: Kehilangan cairan tubuh terkaku banyak
Disartria	: Kelainan pada sistem saraf sehingga mempengaruhi otot yang berfungsi untuk berbicara
Disfagia	: Kesulitan menelan
Edema	: Penumpukan cairan dalam tubuh (pembengkakan)

Edema Serebri	: Peningkatan akumulasi cairan otak intraselular dan atau ekstraselular
Ekstremitas	: Anggota gerak tubuh
Elektrolit	: Garam yang terionisasi (terurai menjadi ion positif dan negatif) dalam cairan tubuh
Eliminasi	: Pelepasan air seni dan tinja (BAK dan BAB)
Emboli	: Penyumbatan mendadak pada pembuluh darah arteri oleh bekuan oleh aliran darah
Hemiparalisis	: Kelemahan yang mengenai satu sisi tubuh
Hipertensi	: Kondisi tekanan darah terhadap dinding arteri terlalu tinggi atau tekanan darah lebih dari 140/95 mmHg
Hipoksia	: Kekurangan oksigen dalam otak
Infark	: Nekrosis iskemik pada satu tempat di otak, karena perubahan sirkulasi darah, kurang pasokan oksigen
Inkontinensia	: Ketidakmampuan untuk mengontrol buang air kecil dan buang air besar
Kongesti (Hiperemia)	: Peningkatan jumlah darah dibagian atau organ tubuh
Kontraktur	: Terbatasnya mobilitas sendi akibat dari perubahan patologis pada permukaan sendi atau jaringan lunak yang secara fungsional berhubungan dengan sendi
Medulla Spinalis	: Jaringan syaraf yang terbentuk seperti kabel putih yang memanjang dari medulla oblongata turun melalui tulang belakang dan bercabang ke berbagai bagian tubuh

Metabolisme	: Kemampuan tubuh untuk memecahkan kalori dan mengubahnya menjadi energy
Motorik	: Perilaku gerakan yang dilakukan oleh tubuh manusia
Obesitas / Overweight	: Kondisi kronis akibat penumpukan lemak dalam tubuh yang sangat tinggi atau kegemukan
Oklusi	: Penutupan suatu lubang, khususnya pembuluh darah
Perfusi	: Pengaliran zat cair seperti darah lewat suatu organ
Ronchi	: Suara yang dihasilkan saat udara melewati jalan nafas yang penuh cairan atau mukus terdengar saat inspirasi maupun ekspirasi
Sensorik	: Rangsangan dalam menghantarkan informasi ke otak
Sianosis	: Warna kulit dan membran mukosa kebiruan atau pucat karena kandungan oksigen yang rendah
Stroke	: Suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian pada otak tiba – tiba menjadi terganggu
Subaraknoid	: Ruang antar otak dan jaringan yang menutupi otak
Thrombosis	: Gumpalan darah
Trombus	: Gumpalan darah yang terbentuk pada dinding pembuluh darah
Vertigo	: Kondisi yang membuat penderitanya mengalami pusing, sampai merasa dirinya atau sekelilingnya berputar di dalam maupun luar kepala

DAFTAR SINGKATAN

ADL	:Activity Dally Living
BAB	:Buang Air Besar
BAK	:Buang Air Kecil
CI	:Clinical Instructure
CVA	:Cerebral Vaskuler Accident
CT Scan	:Computerized Tomography Scan
DO	:Data Obyektif
DS	:Data Subyektif
EKG	:Elektro Kardiogram
ICS	:Inter Coste
KB	: Keluarga Berencana
KTI	:Karya Tulis Ilmiah
MRI	:Magnetizing Resonance Imaging
MRS	:Masuk Rumah Sakit
NGT	: Naso GastrIC Tube
N	: Nadi
ROM	:Range Of Motion
RR	: Respration Rate
RSUD	:Rumah Sakit Umum Daerah
SOAP	:Subjektif, Objektif, Analisis, Planning
S	: Suhu
TD	:Tekanan Darah

TIA	: Transient Ischaemic Stroke
TIK	:Tekanan Intra Kranial
TTV	:Tanda – Tanda Vital
WHO	:World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan keperawatan merupakan proses kegiatan yang diberikan langsung kepada klien untuk mengidentifikasi suatu masalah keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi (Siregar 2020). CVA menurut *World Health Organization* adalah suatu keadaan dimana ditemukan 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 vaskuler. CVA terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah yang mengakibatkan sebagian otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen yang diperlukan sehingga mengalami kematian sel atau jaringan (Kemenkes RI, 2019). CVA merupakan kelainan fungsi otak yang dapat terjadi pada siapa dan kapan saja, penyakit ini lebih dikenal dengan istilah stroke oleh masyarakat umum. CVA termasuk penyebab umum kematian dan juga kecacatan di dunia, salah satunya kecacatan jangka panjang yang berdampak pada emosional, sosial serta ekonomi bagi klien, keluarga dan layanan kesehatan (Silfia 2021). CVA terbagi menjadi dua jenis, yaitu infark dan hemoragik. CVA infark adalah suatu syndrome klinis yang diakibatkan karena terjadinya penyempitan atau sumbatan pada jaringan nekrotik otak, sehingga pasokan oksigen dan darah ke otak berkurang yang dapat menyebabkan infark, jika aliran darah tidak

dipulihkan dalam waktu yang relatif singkat (V.A.R. Barao et al., 2022). CVA dapat menyerang siapa saja dengan kejadian yang sangat mendadak dan merupakan salah satu penyebab utama kematian serta kecacatan di Indonesia (Pangaribuan, Manjani, and Tarigan 2021). Sering kali masyarakat mengabaikan gejala-gejala penyakit CVA karena kurangnya pengetahuan dan sering terlambat membawa penderita CVA ke rumah sakit, sedangkan penderita CVA harus segera mungkin dibawa ke rumah sakit sebelum 3 jam setelah muncul gejala penyakit CVA karena lebih dari itu bisa berujung pada kematian (Pertama 2024).

Penyebab kematian nomor dua dan kecacatan nomor satu diseluruh dunia adalah CVA (Yunita, 2022). Berdasarkan WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2018 menyatakan prevalensi stroke naik 7% menjadi 10,9% sekitar 7,75 juta orang meninggal karena stroke di dunia. Secara nasional berdasarkan diagnosis dokter, CVA di Indonesia pada tahun 2018 pada penduduk usia lebih dari 15 tahun sebesar 10,9% atau perkiraan 2.120.362 orang (Kemenkes, 2022). Dikutip dari laman berita Jaringan Pemberitahuan Nusantara Negeriku, Di Jawa Timur hingga 2019 sebanyak 14.591 orang mengidap stroke dengan diantaranya sebanyak 7.483 orang berjenis kelamin laki-laki dan sebanyak 7.108 orang berjenis kelamin perempuan (JPNN 2019). Data dari bidang pengendalian dan pelaporan menunjukkan pada tahun 2017 RSUD dr. Soedomo Trenggalek merawat 1.247 klien, pada tahun 2018 merawat 1.470 dan pada tahun 2019 merawat 1.670 klien stroke (Admin Suara Indonesia, 2020).

CVA infark disebabkan karena adanya penyumbatan pembuluh darah ke otak yg di sebabkan oleh dua hal, yaitu pertama adalah tersumbatnya pembuluh darah otak oleh emboli, yang merupakan bekuan darah yang berasal dari thrombus jantung. Sedangkan yang kedua adalah terjadinya penebalan pada dinding pembuluh darah disebut dengan atherosclerosis, dan terjadi bekuan darah bercampur lemak yang menempel di dinding pembuluh darah yang disebut thrombus. Suplai darah ke otak bisa berubah seperti makin cepat atau lambat dikarenakan gangguan lokal (emboli dan thrombus) atau karena gangguan umum (jantung, paru dan hipoksia). Maka tubuh kekurangan suplai oksigen dan nutrient. Jika hal diatas terjadi penyumbatan di otak dan terjadi pada daerah neuromuskuloskeletal seperti ekstremitas maka akan terjadi kecacatan pada anggota pergerakan fisik yaitu akan muncul masalah hambatan mobilitas fisik pada tubuh klien yang mengalami CVA infark (Fitriani and Mulyono, 2022). Permasalahan pada penderita stroke yang paling dirasakan yaitu, hemiparesis (kelemahan otot pada salah satu sisi bagian tubuh) kelemahan ini bisa menimbulkan ketidakseimbangan dan kesulitan berjalan karena gangguan kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak (Andriastuti, 2020). Dampak lain dari penyakit ini diantaranya adalah kehilangan fungsi motorik, kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif, dan efek psikologi dan disfungsi kemih. Defisit kemampuan jangka panjang yang paling umum terjadi karena CVA adalah hemiparesis atau hemiplegia, yang akhirnya akan mengakibatkan klien mengalami komplikasi. Komplikasi yang dapat terjadi pada klien CVA diantaranya adalah pembuluh trombus yang dapat

mengakibatkan *Deep Vein Thrombosis* (DVT): atrofi otot, jatuh, penurunan fleksibilitas sendi yang dapat mengakibatkan terjadinya kontraktur dan nyeri sendi. Komplikasi tersebut tidak hanya membatasi klien untuk mandiri dalam melakukan *Aktifity Daily Lives* (ADL), namun juga meningkatkan ketergantungan klien pada keluarga dan memiliki dampak ekonomi (Anggraheni, 2020).

Penatalaksanaan CVA infark meliputi terapi farmakologis dan terapi non farmakologis. Pengobatan secara farmakologis dapat dilakukan dengan pemberian obat-obat fibrinolitik, antiplatelet, antikoagulan, antihipertensi, antineuroprotektif dan antikolesterol (Wahyuni and Pratama n.d.). Untuk terapi nonfarmakologi biasanya menggunakan perubahan gaya hidup dilingkungan masyarakat yang meliputi makan makanan yang sehat serta bergizi, pengendalian hipertensi, tidak meminum alkohol serta merokok, dan rutin berolahraga ataupun beraktifitas untuk menghindari adanya penyakit CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) (Muharom 2022). Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan yang akan dituangkan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Klien CVA (*cerebro vaskuler accident*) Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”.

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah pada studi kasus ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan pada Klien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) Infark tanpa penyakit penyerta di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas penulis membuat rumusan masalah sebagai berikut: “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Klien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) 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 klien yang mengalami CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian pada klien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 3) Menyusun rencana tindakan keperawatan (Intervensi) pada klien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

- 4) Melakukan tindakan keperawatan (Implementasi) pada klien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 5) Melakukan evaluasi tindakan pada klien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 6) Mampu menganalisa kesenjangan antara teori yang ada dengan fakta yang terjadi pada klien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam pengembangan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada klien CVA (*Vascular Accident Cerebro*) Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Instusi Rumah Sakit

Hasil penulisan ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan evaluasi dalam meningkatkan kualitas pelayanan khususnya perawatan CVA infark.

2) Bagi Instusi Pendidikan

Studi kasus ini dapat digunakan sebagai media untuk meningkatkan keefektifan proses belajar dan lebih meningkatkan kemampuan, ketrampilan dan pengetahuan mahasiswa dalam hal penanganan kasus CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) infark. Serta dapat menerapkan hasil dari pembelajaran yang telah didapat pada lahan kerja.

3) Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat digunankan dalam meningkatkan pengetahuan dan menambah wawasan serta keterampilan personal dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien CVA infark.

4) Bagi Klien

Hasil penelitian ini diharapkan klien mengetahui tentang perawatan klien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) infark, mengikuti semua anjuran dari para medis agar dapat mempercepat proses penyembuhan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Pengertian CVA Infark

CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) merupakan penyakit atau gangguan fungsi saraf yang terjadi secara mendadak yang disebabkan oleh tergangungnya aliran darah dalam otak dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih (Astannudinsyah, Rusmegawati, and Negara 2020). Menurut World Health Organization (WHO) stroke merupakan gejala yang didefinisikan suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik baik fokal maupun global yang berlangsung 24 jam atau lebih (Permatasari 2020).

CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) infark merupakan penyakit yang terjadi ketika berhentinya pasukan darah yang menuju otak terganggu atau bahkan berkurang sehingga bisa mengakibatkan jaringan otak mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi. Penyakit ini dapat mengancam nyawa seseorang sehingga menyebabkan kecacatan yang permanen dalam otak. CVA (Anggraeni and Widada 2023).

2.1.2 Klasifikasi

Berdasarkan kronologis gejala klinisnya, CVA (Cerebral Vaskular Accident) Infark dapat dibagi menjadi empat jenis yaitu:

- 1) TIA (Transient Ischemic Attack) adalah gangguan fungsi otak yang bersifat lokal, timbul secara mendadak, dan akan pulih dalam 24 jam (Nuryuliani 2024).
- 2) Reversible neurological deficit (gangguan neurologis sementara) adalah gangguan fungsi otak yang terjadi lebih dari 24 jam dan akan menghilang dalam waktu 3 minggu.
- 3) Stroke involusi (stroke progresif) adalah gangguan fungsi otak berlangsung perlahan semakin lama semakin berat
- 4) Stroke komplit (stroke lengkap) adalah gangguan fungsi otak maksimal dan cenderung menetap sejak awal serangan dengan sedikit perbaikan.

Sedangkan berdasarkan keadaan patologis CVA (Cerebral Vascular Accident) atau stroke infark dapat diklasifikasikan menjadi :

- 1) Stroke trombosis adalah pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.

- 2) Stroke emboli adalah benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pada pembuluh darah otak.
- 3) Hipoperfusi sistemik disebabkan menurunnya tekanan arteri.
- 4) Stroke akibat penyempitan lumen arteri yang terjadi karena infeksi atau proses peradangan, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2.1.3 Etiologi

Menurut (Muttaqin 2014) penyebab CVA infark adalah sebagai berikut:

1) Trombosis serebri

Terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah. Trombosis serebri ini disebabkan karena adanya:

- a) Aterosklerosis: mengerasnya atau berkurangnya kelenturan dan elastisitas dinding pembuluh darah.
- b) Hiperkoagulasi: darah yang bertambah kental yang akan menyebabkan viskositas hematokrit meningkat sehingga dapat melambatkan aliran darah serebral.

- c) Arteritis: radang pada arteri.

2) Emboli

Dapat terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Biasanya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebri. Keadaan-keadaan yang dapat menimbulkan emboli adalah sebagai berikut:

- a) Penyakit jantung, reumatik.
- b) Infark miokardium.
- c) Endokarditis: menyebabkan gangguan pada endokardium.

2.1.4 Faktor Resiko

Faktor resiko CVA menurut (Tarwoto, 2020) adalah suatu faktor atau kondisi tertentu yang yang membuat seseorang rentan terhadap serangan CVA. Faktor risiko yang memicu tingginya angka kejadian stroke iskemik adalah faktor yang tidak dapat dimodifikasi (non-modifiable risk factors) (Kabi, Tumewah, and Kembuan 2015), sebagai berikut :

- a) Umur : makin tua kejadian CVA infark semakin tinggi.
- b) Ras / suku bangsa : bangsa afrika / negro, jepang, dan cina lebih sering terkena CVA. Orang yang berwatak keras terbiasa cepat atau buru-buru, seperti orang Sumatera, Sulawesi, dan Madura

rentan terserang CVA.

- c) Jenis kelamin : laki-laki lebih beresiko dibanding Wanita.
- d) Riwayat Transient Ischemic Attack (keluarga, orang tua) yang pernah mengalami CVA pada usia muda maka yang bersangkutan beresiko tinggi terkena CVA.

Sedangkan faktor yang dapat dimodifikasi (modifiable risk factors) adalah sebagai berikut:

- (a) Hipertensi
- (b) Diabetes melitus/kencing manis
- (c) Transit ischemic attack (TIA) = serangan lumpuh sementara
- (d) Fibrilasi atrial jantung
- (e) Pasca CVA. Mereka yang pernah terserang CVA.
- (f) Abnormalitas lemak : lipoprotein
- (g) Fibrinogen tinggi dan perubahan hemoreologikal lain
- (h) Perokok (utamanya rokok sigaret)
- (i) Peminum alkohol
- (j) Hiperhomocysteinemia
- (k) Infeksi : virus dan bakteri
- (l) Obat – obatan, misalnya obat kontrasepsi oral/pil KB

- (m) Obesitas / kegemukan
- (n) Kurang aktifitas fisik
- (o) Hiperkolesterolemia
- (p) Stres fisik dan mental

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Tarwoto (2013), manifestasi CVA tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada CVA akut gejala klinis meliputi :

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak.

Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Klien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

- 2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.

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

3) Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma), peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30 mmhg), peningkatan suhu ($> 37^{\circ}\text{C}$), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

4) Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area Wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensorik pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren. Pada

afasia global pasien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

5) Disartria (bicara cadel atau pelo)

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

6) Gangguan penglihatan, diplopia

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

7) Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus kranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esofagus.

8) Inkontinensia

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi, hal ini dikarenakan terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

9) Vertigo, mual, muntah dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

2.1.6 Komplikasi

Stroke dapat menyebabkan kecacatan sementara bahkan permanen, tergantung berapa lama otak kekurangan aliran darah dan bagian mana yang terdampak. Berikut merupakan komplikasi penyakit stroke diantaranya menurut (Haryono and Utami 2019) (Haryono & Utami, 2019):

a) Kelumpuhan atau hilangnya gerakan otot

Klien stroke bisa menjadi lumpuh disatu sisi tubuh atau kehilangan kendali atas otot-otot tertentu, seperti otot-otot disatu sisi wajah atau bagian tubuh lain.

b) Kesulitan berbicara atau menelan

Stroke dapat memengaruhi kontrol otot-otot dimulut dan tenggorokan, sehingga sulit bagi penderitanya untuk berbicara dengan jelas (disatria), menelan (disfagia) atau makan, kesulitan dengan bahasa (afasia), termasuk berbicara atau memahami ucapan, membaca atau menulis.

c) Kehilangan memori atau kesulitan berfikir

Banyak penderita stroke yang mengalami kehilangan ingatan, selain itu penderita stroke juga mengalami kesulitan berfikir, membuat penilaian dan memahami konsep.

d) Masalah emosional orang-orang yang mengalami stroke lebih sulit mengendalikan emosi mereka atau mungkin mereka mengalami depresi.

e) Rasa sakit

Nyeri, mati rasa atau sensasi aneh lainnya dapat terjadi dibagian tubuh yang terkena stroke. Misalnya stroke dapat menyebabkan seseorang mati rasa dibagian lengan kirinya, sehingga penderita tersebut mengembangkan sensasi kesemutan yang tidak nyaman di lengan itu.

f) Sensitive terhadap perubahan suhu, terutama dingin ekstrem

Komplikasi ini dikenal sebagai nyeri stroke sentral atau sindrom nyerisentral. Kondisi ini umumnya berkembang beberapa minggu setelah stroke dan dapat meningkat seiring waktu.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (humas.yankes.kemkes 2024), dilakukan beberapa pemeriksaan sebagai berikut:

a) Computed Tomography Scanning (CT scan)

Memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma. adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.

b) Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya di dapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

c) Electrocardiograph (ECG)

Menunjukkan grafik detak jantung untuk mendeteksi penyakit jantung yang dapat menyebabkan stroke dan tekanan darah tinggi.

d) Electroencephalogram (EEG)

Melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

e) Angiogram

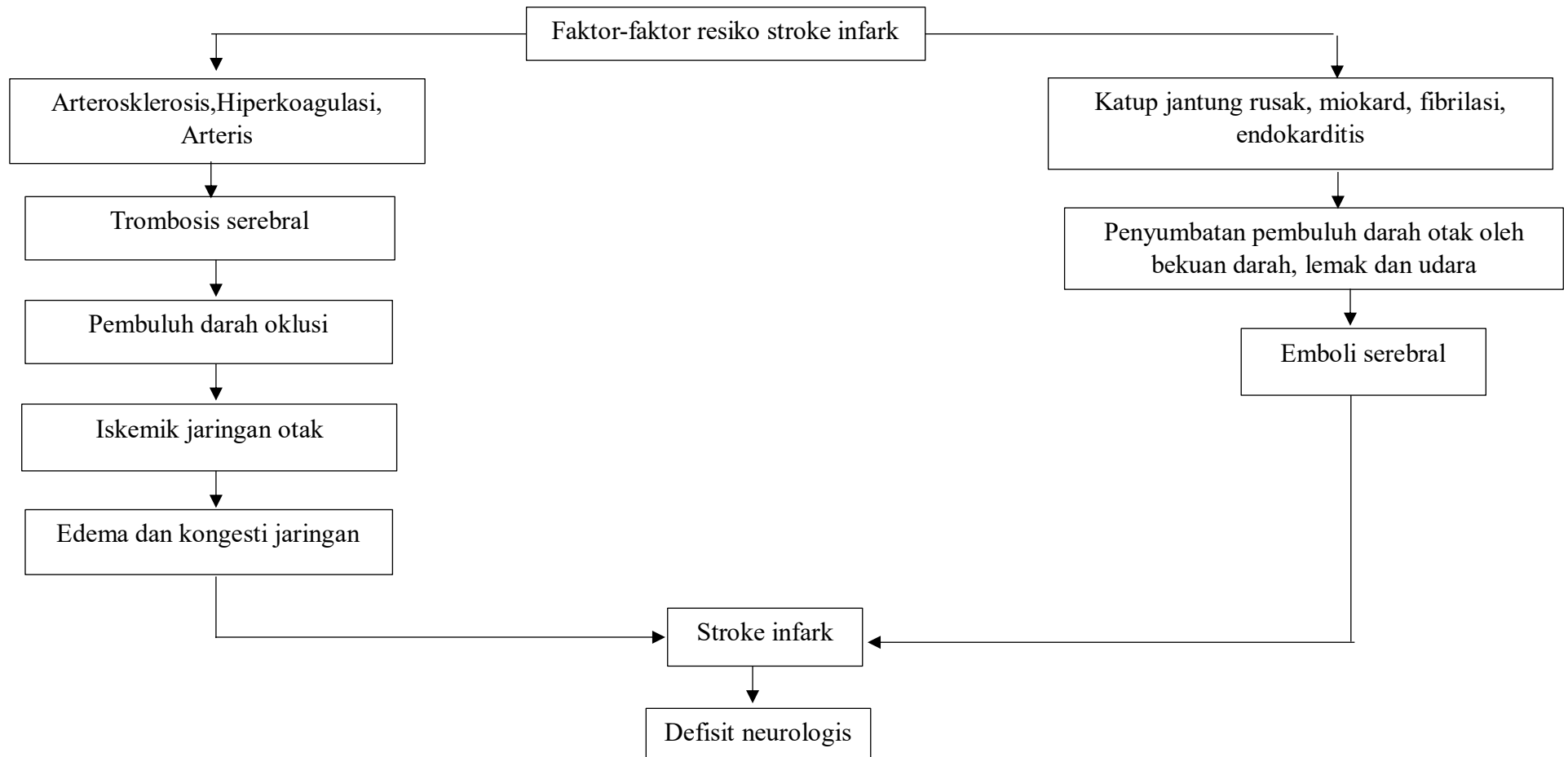
Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler.

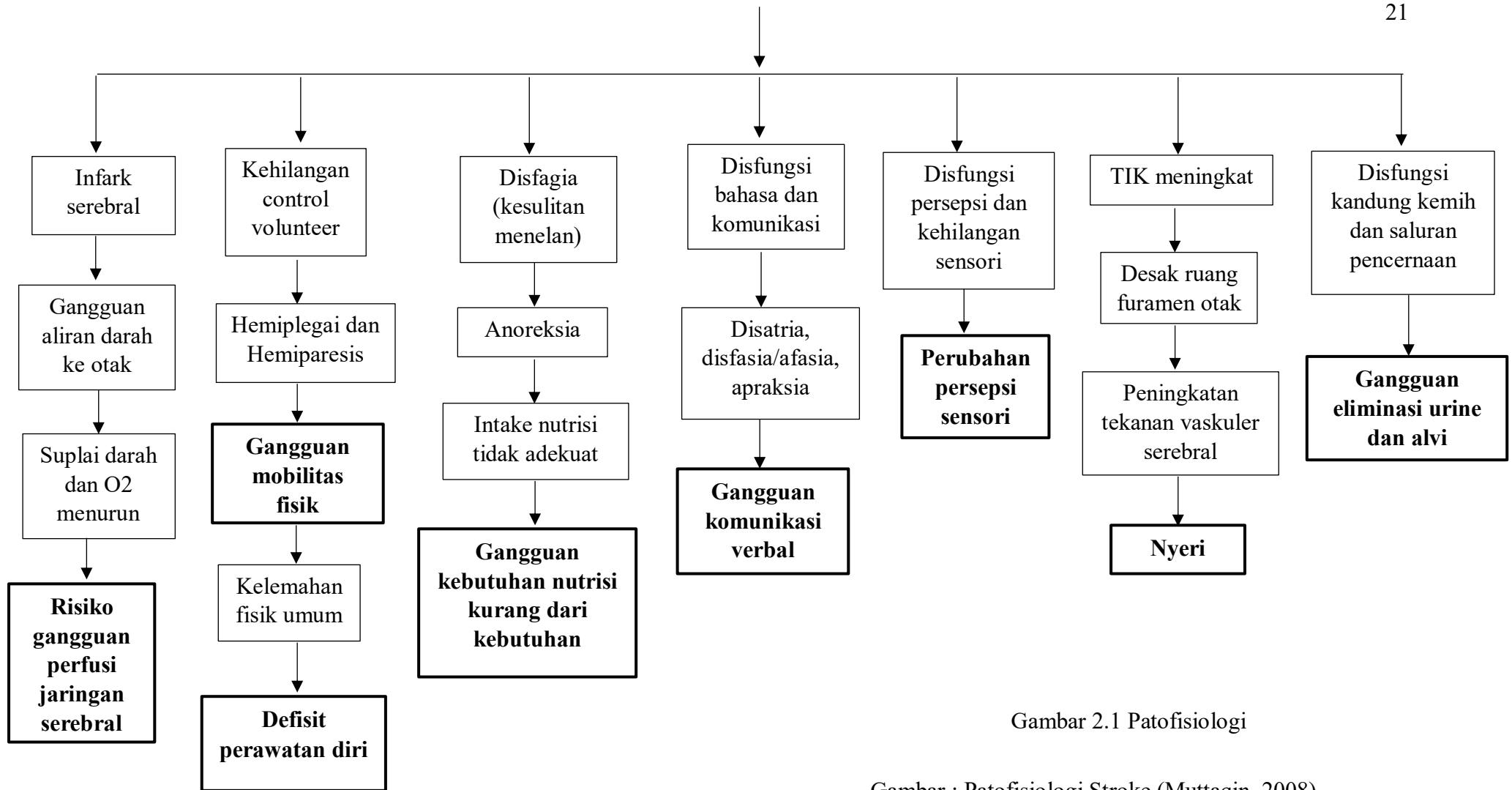
f) Sinar x tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang meluas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral, klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subaraknoid.

2.1.8 Patofisiologi

1) Skema





Gambar 2.1 Patofisiologi

Gambar : Patofisiologi Stroke (Muttaqin, 2008)

2) Uraian

Faktor-faktor penyebab terjadinya stroke diantaranya dapat berasal dari plak arterosklerosis akibat pola hidup yang tidak sehat seperti mengonsumsi makanan yang mengandung kolesterol atau tinggi lemak yang lama kelamaan menebal pada dinding pembuluh darah yang berakibat tersumbatnya aliran darah dipembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah), edema dan kongesti jaringan disekitar area. Emboli disebabkan karena adanya udara, lemak ataupun bekuan darah yang terbawa oleh aliran darah dan berakibat penyumbatan pada pembuluh darah di otak. Kedua faktor tersebut dapat menimbulkan defisit neurologis (saraf-saraf) di otak, diantaranya infark serebral yang menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen sehingga muncul gangguan perfusi jaringan serebral. Salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan vascular serebral dan menimbulkan nyeri kepala.

Pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan kontrol volunter atau kelemahan otot-otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tubuh tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan ataupun kaki. Jika terjadi kelemahan fisik total akan menimbulkan masalah deficit perawatan diri, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity of Daily Living). Kelemahan control otot fasial / wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan bahasa, disfasia/ afasia, disartria (kehilangan kemampuan bicara) sehingga muncul masalah kerusakan komunikasi verbal. Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap

perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan gangguan perubahan persepsi sensori.

Pada saluran pencernaan atas 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 sfingter sehingga menimbulkan masalah gangguan eliminasi urin

2.1.9 Penatalaksanaan

Menurut Tarwoto, 2020) secara umum :

- 1) Pada fase akut
 - a) Terapi cairan, pada fase akut CVA beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah.
 - b) Terapi oksigen, klien CVA mengalami gangguan aliran darah ke otak, sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan nafas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisis gas darah atau oksimetri.
 - c) Penatalaksanaan peningkatan tekanan intracranial, peningkatantekanan intracranial biasanya disebabkan

karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, control atau pengendalian tekanan darah.

- d) Monitor fungsi pernafasan : Analisa Gas Darah
- e) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG
- f) Evaluasi status cairan dan elektrolit
- g) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri
- h) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan
- i) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan anti koagulan
- j) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, fungsisensorik dan motorik, nervus cranial dan refleks.

2) Fase rehabilitasi

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

3) Terapi obat-obatan dapat dilakukan dengan:

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

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan CVA Infark

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal pada proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Polopadang&Hidayah, 2019).

1) Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan kegiatan mengumpulkan informasi mengenai status kesehatan klien yang menyeluruh mulai dari keadaan fisik, psikologis, sosial budaya, spiritual, kognitif, tingkat perkembangan, status ekonomi, kemampuan fungsi dan gaya hidup klien (Vonny polopadang 2019)

a) Identitas klien

Pengkajian identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama,

suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor, register, serta diagnosa medis (Tarwoto 2013).

b) Keluhan utama

Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien untuk memita pertolongan kesehatan adalah terjadinya kelemahan anggota gerak di salah satu sisi tubuh secara mendadak, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensori dan gangguan kesadaran (Muttaqin 2019).

c) Riwayat penyakit sekarang

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

d) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat CVA sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan , aspirin, vasodilator, obat- obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan klien seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia,

penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan (Muttaqin, 2019)

e) Riwayat penyakit keluarga

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 klien dan apakah ada anggota keluarga lain yang mengidap penyakit menular (Muttaqin 2008).

f) Pola psikososial

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif . dalam pola penanganan, klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses pikir dan kesulitan berkomunikasi. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

g) Pola nutrisi

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut (Muttaqin 2008).

h) Pola eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus (Muttaqin 2008).

i) Pola aktivitas

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise / hemiplegi, mudah lelah (Batmomolin 2024).

j) Pola istirahat

Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot (Batmomolin 2024).

k) Riwayat psikososial

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif . dalam pola penanganan, klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses

pikir dan kesulitan berkomunikasi. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

2) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan Umum : Klien CVA umumnya akan mengalami kelemahan (letargi), nyeri kepala (chealgia), penurunan kesadaran (apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma), terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20 – 30 mmhg), peningkatan suhu (> 37°C), nadi takikardia, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Muttaqin, 2008).
- b) Tanda-tanda vital : Tekanan darah meningkat, denyut nadi tidak beraturan, pada beberapa kasus sering dijumpai adanya masalah bersihan jalan nafas adanya sistem pernafasan dan tidak terdapat kenaikan suhu tubuh (Tarwoto 2013).
- c) Pemeriksaan integumen : Apabila klien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Perlu juga dikaji adanya tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus

bedrest selama 2-3 minggu. Selain itu terjadi adanya kelumpuhan anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis). Klien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga klien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi. (Tarwoto 2013).

d) Pemeriksaan kepala dan leher :

(1) Kepala : Mengetahui bagaimana penyebaran rambut, alopesia, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma, yang dapat diindikasikan adanya trauma kepala. Biasanya terdapat nyeri kepala dan vertigo yang terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri. (Tarwoto 2013).

(2) Wajah : Terdapat hemiparesis hemiplegia, wajah mencong ke arah salah satu sisi, wajah pucat. Biasanya tidak terdapat nyeri tekan (Tarwoto 2013)

(3) Mata : Klien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Ketajaman penglihatan (visus) pada mata menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis (Muttaqin, 2019).

(4) Hidung : Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi klien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung. (Muttaqin, 2019)

(5) Telinga : Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga). (Muttaqin, 2019)

(6) Mulut : Adanya gangguan pengecap (lidah), Disfagia (adanya kesulitan dalam menelan) dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir. (Muttaqin, 2019)

(7) Leher : Kaku kuduk jarang terjadi, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat pembesaran tyroid, tidak terdapat pe,besaran vena jugularis adanya pembesaran kelenjar tyroid (Tarwoto 2013).

e) Pemeriksaan dada/thoraks

(1) Paru-Paru

Pada inspeksi bentuk thoraks biasanya normal atau adalah kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung). Palpasi didapatkan vocal fremitus (getaran) sama di lapang paru kanan.

Perkusi paru-paru biasanya bunyi normal (sonor). Auskultasi trakea suara yang didengar adalah bronchial, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah bronkovesikuler, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Tarwoto 2013).

(2) Jantung

Pada inspeksi jantung bentuk simetris, pergerakan dinding dada simetris kanan dan kiri, tidak ada bekas luka, tidak terdapat pulpasi. Jantung biasanya teraba ictus cordis teraba ICS V midclavícula sebelah kiri selebar 1 cm. Suara jantung pada pasien saat dilakukan perkusi biasanya normal (pekak). Auskultasi 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 (Tarwoto 2013).

- f) Pemeriksaan abdomen : Pada saat dilakukan inspeksi normal perut datar, tidak ada bayangan pembuluh darah, tidak ada benjolan pada abdomen. Auskultasi terjadi penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama. Perkusi terdengar suara tympani, dan palpasi tidak terdapat benjolani dan tidak ada nyeri tekan (Tarwoto 2013)
- g) Pemeriksaan genetalia : Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doenges 2018).
- h) Pemeriksaan ekstremitas : Pada klien dengan CVA biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiprase, mengalami kelemahan otot secara mendadak. (Tarwoto 2013).
- i) Pemeriksaan neurologis
 Ada 12 saraf kranial, diantaranya adalah :
 - (1) Saraf Kranial 1 Olfaktorius : biasanya pada klien CVA tidak ada kelainan pada fungsi penciuman (Muttaqin, 2008).
 - (2) Saraf Kranial 2 Optikus : kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang (Muttaqin, 2008)
 - (3) Nervus 3 Okulomotorius : kelainan berupa

paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar (Muttaqin, 2008).

(4) Nervus 4 Troklearis : kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial (Muttaqin, 2008).

(5) Nervus 5 Trigeminus : untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus (Muttaqin, 2008).

(6) Nervus 6 Abdusen : kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika klien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, etika klien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior (Muttaqin, 2008).

(7) Nervus 7 Fasialis : gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah,

kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis) (Muttaqin, 2008).

(8) Nervus 8 Vestibularis : kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo) (Muttaqin, 2008).

(9) Nervus 9 Glosfaringikus dan nervus 10 vagus : gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosfaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian (Muttaqin, 2008).

(10) Gangguan nervus vagus menyebabkan persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru (Muttaqin, 2008).

(11) Nervus 11 Assesorius : gangguan pada nervus assesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapezius) dan otot leher (otot sterokleidomastoideus). Klien akan menderita

bahuyang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot trapeziuz dan otot sterokleidomastoideus terganggu (Muttaqin, 2008).

(12) Nervus 12 Hipoglosus : kerusakan nervus hipoglosus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nnervus hipoglosus klien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidahh akan membelokke arah sisi yang sakit saat dijulurkan. Saat istirahat lidah membelokk ke sisi yang sehat di dalam mulut (Muttaqin, 2008).

j) Pemeriksaan reflek

Pada fase reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari reflek fisiologis

akan muncul kembali didahului dengan refleksi patologis (Muttaqin 2008).

k) Pemeriksaan penunjang

(1) Hasil rontgen kepala dan medula spinalis

(2) Electro encephalogram

(3) Magnetic Resonance Imaging (MRI) : untuk menunjukkan area yang mengalami hemoragik (Marilyn E. Doenges, 2000)

(4) Lumbar fungsi : Pemeriksaan likuor yang merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang pasif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal sewaktu hari pertama.

(5) Pemeriksaan foto thorak : dapat memeprihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensikronis pada penderita CVA.

(6) Pemeriksaan kimia darah : pada CVA akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur – angsur turun kembali.

2.2.2 Diagnosa

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap pengalaman ataupun respon terhadap individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan atau risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (Lubis 2020). Berikut diagnosa keperawatan pada klien CVA :

1) Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)

Faktor risiko :

- (1) Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin
- (2) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- (3) Aterosklerosis
- (4) Diseksi arteri
- (5) Fibrilasi atrium
- (6) Tumor otak
- (7) Stenosis karotis
- (8) Miksoma atrium
- (9) Aneurisma serebri
- (10) Koagulopati (mis. anemia sel sabit)
- (11) Dilatasi kardiomiopati
- (12) Koagulasi intravaskuler diseminata
- (13) Embolisme

- (14) Cedera kepala
- (15) Hiperkolesteronemia
- (16) Hipertensi
- (17) Endokarditis infeksi
- (18) Katup prostetik mekanis
- (19) Stenosis mitral
- (20) Neoplasma otak
- (21) Infark miokard akut
- (22) Sindrom *sick sinus*
- (23) Penyalahgunaan zat
- (24) Terapi trombolitik
- (25) Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass)

2) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

a) Penyebab :

- (1) Kerusakan integritas struktur tulang
- (2) Perubahan metabolisme
- (3) Ketidakbugaran fisik
- (4) Penurunan kendali otot
- (5) Penurunan massa otot
- (6) Penurunan kekuatan otot
- (7) Keterlambatan perkembangan
- (8) Kekakuan sendi

- (9) Kontraktur
- (10) Malnutrisi
- (11) Gangguan muskolasketal
- (12) Gangguan neuromaskular
- (13) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75 sesuai usia
- (14) Efek agen farmakologis
- (15) Program pembatasan Gerak
- (16) Nyeri
- (17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- (18) Kecemasan
- (19) Gangguan kognitif
- (20) Keengganan melakukan pergerakan
- (21) Gangguan sensori presepsi

b) Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif :

- (1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif :

- (1) Kekuatan otot menurun
- (2) Rentang gerak (ROM) menurun.

c) Gejala dan Tanda Minor:

Subjektif :

- (1) Nyeri saat bergerak
- (2) Enggan melakukan pergerakan
- (3) Merasa cemas saat bergerak

Objektif :

- (1) Sendi kaku
- (2) Gerakan tidak terkoordinasi
- (3) Gerakan terbatas
- (4) Fisik lemah

3) Gangguan persepsi sensori (D.0085)

a) Penyebab :

- (1) Gangguan penglihatan
- (2) Gangguan pendengaran
- (3) Gangguan penghiduan
- (4) Gangguan perabaan
- (5) Hipoksia serebral
- (6) Penyalahgunaan zat
- (7) Usia lanjut
- (8) Pemajanan toksin lingkungan

b) Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif :

- (1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
- (2) Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan.

Objektif :

- (1) Distorsi sensori
- (2) Respon tidak sesuai

- (3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu.

c) Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif :

- (1) Menyatakan kesal

Objektif :

- (1) Menyendiri
- (2) Melamun
- (3) Konsentrasi buruk
- (4) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
- (5) Curiga
- (6) Melihat ke satu arah
- (7) Mondar-mandir
- (8) Bicara sendiri

4) Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

a) Penyebab :

- (1) Penurunan sirkulasi sereberal
- (2) Gangguan neuromuskuler
- (3) Gangguan pendengaran
- (4) Gangguan muskuloskeletal
- (5) Kelaian pelatum
- (6) Hambatan fisik (mis. terpasang trkheostomi, intubasi, krikotirodektomi)

(7) Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)

(8) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)

(9) Hambatan lingkungan (mis. Ketidacukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : (Tidak tersedia)

Objektif :

(1) Tidak mampu berbicara atau mendengar

(2) Menunjukkan respon tidak sesuai

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : (Tidak tersedia)

Objektif :

(1) Afasia

(2) Disfasia

(3) Apraksia

(4) Disleksia

(5) Disartia

(6) Afonia

(7) Dislalia

- (8) Pelo
- (9) Gagap
- (10) Tidak ada kontak mata
- (11) Sulit memahami komunikasi
- (12) Sulit mempertahankan komunikasi
- (13) Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
- (14) Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
- (15) Sulit menyusun kalimat
- (16) Verbalisasi tidak tepat
- (17) Sulit mengungkapkan kata-kata
- (18) Disorientasi orang, ruang, waktu
- (19) Defisit penglihatan
- (20) Delusi

5) Risiko defisit nutrisi (D.0032)

a) Faktor risiko :

- (1) Ketidakmampuan menelan makanan
- (2) Ketidakmampuan mencerna makanan
- (3) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi
- (4) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- (5) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
- (6) Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)

6) Gangguan eliminasi urine (D.0040)

a) Penyebab :

- (1) Penurunan kapasitas kandung kemih
- (2) Iritasi kandung kemih
- (3) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
- (4) Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. operasi ginjal, operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan)
- (5) Kelemahan otot pelvis
- (6) Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. imobilisasi)
- (7) Hambatan lingkungan
- (8) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- (9) Outlet kandung kemih tidak lengkap (mis. anomali saluran kemih kongenital)
- (10) Imaturitas (pada anak usia < 3 tahun).

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif :

- (1) Desakan berkemih (Urgensi)
- (2) Urin menetes (dribbling)
- (3) Sering buang air kecil

(4) Nokturia

(5) Mengompol

(6) Enuresis

Objektif :

(1) Distensi kandung kemih

(2) Berkemih tidak tuntas (*hesitancy*)

(3) Volume residu urin meningkat

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : (Tidak tersedia)

Objektif : (Tidak tersedia)

7) Defisit perawatan diri (D. 0109)

a) Penyebab :

(1) Gangguan muskuloskeletal

(2) Gangguan neuromuskuler

(3) Kelemahan

(4) Gangguan psikologis dan/atau psikotik

(5) Penurunan motivasi/minat

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif :

(1) Menolak melakukan perawatan diri

Objektif :

(1) Tidak mampu mandi/mengenakan

pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri

(2) Minat melakukan perawatan diri kurang

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : (Tidak tersedia)

Objektif : (Tidak tersedia)

8) Gangguan integritas kulit (D. 0192)

a) Penyebab :

(1) Perubahan sirkulasi

(2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)

(3) Kekurangan/kelebihan volume cairan

(4) Penurunan mobilitas

(5) Bahan kimia iritatif

(6) Suhu lingkungan yang ekstrem

(7) Faktor mekanis (mis. penakanaan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)

(8) Efek samping terapi radiasi

(9) Kelembaban

(10) Proses penuaan

(11) Neuropati perifer

(12) Perubahan pigmentasi

(13) Perubahan hormonal

(14) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan)

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : (Tidak tersedia)

Objektif :

(1) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : (Tidak tersedia)

Objektif :

(1) Nyeri

(2) Perdarahan

(3) Kemerahan

(4) Hematoma

9) Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001)

a) Penyebab

(1) Spasme jalan napas

(2) Hipersekresi jalan napas

(3) Disfungsi neuromuskuler

(4) Benda asing dalam jalan napas

(5) Adanya jalan napas buatan

(6) Sekresi yang tertahan

(7) Hiperpiasia dinding jalan napas

(8) Proses infeksi

(9) Respon alergi

(10) Efek agen farmakologis (mis. anastesi)

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : (Tidak tersedia)

Objektif :

(1) Batuk tidak efektif

(2) Tidak mampu batuk

(3) Sputum berlebih

(4) Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering

(5) Mekonium di jalan napas (pada neonatus)

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif :

(1) Dispnea

(2) Sulit berbicara

(3) Ortopnea

Objektif :

(1) Gelisah

(2) Sianosis

(3) Bunyi napas menurun

(4) Frekuensi napas berubah

(5) Pola napas berubah

2.2.3 Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan suatu perawatan yang dilakukan perawat berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan perawat untuk meningkatkan outcome klien/klien. Rencana keperawatan merupakan rencana tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan, hasil, tindakan, dan kemajuan klien (S. D. Sari 2019).

Kriteria Hasil :

NO.	Diagnosa Keperaw	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam, perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: SLKI: Perfusi serebral (L.02014) 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan arteri rata-rata (mean arterial pressure/ MAP) membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Tindakan Observasi : 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (mean arterial pressure) 4. Monitor status pernapasan 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) Terapeutik : 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan	Tindakan Observasi : 1. Untuk mengetahui peningkatan TIK 2. Untuk mengetahui frekuensi jantung 3. Untuk mengetahui irama nafas 4. Untuk menentukan perkembangan penyakit Terapeutik : 1. Untuk memastikan sistem pemantauan steril

		5. Tekanan intra kranial membaik	lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler 3. Hindari manuver valsava 4. Cegah terjadinya kejang 5. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	2. Untuk mencegah timbulnya tekanan vena jugularis dan menghambat aliran darah otak 3. Agar dapat memantau kondisi klien secara berkala 4. Agar dapat melakukan perencanaan tindakan asuhan keperawatan selanjutnya Edukasi : 1. Meningkatkan kerja sama dalam meningkatkan perawatan klien dan mengurangi kecemasan. 2. Supaya klien dan keluarga klien mengetahui tentang perkembangan dan pengobatan yang dilakukan.
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparese/	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam, maka	Dukungan Mobilisasi (I.05173)	Tindakan Observasi :

	Hemiplegia (D.0054) mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: SLKI : Mobilitas fisik (L.05042) 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kaku sendi menurun 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8. Gerakan terbatas menurun 9. Kelemahan fisik menurun	Tindakan 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 Terapeutik : 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi :	1. Untuk mengetahui letak nyeri 2. Supaya klien bisa melakukan pergerakan 3. Supaya klien tahu tekanan darah normal pada saat melakukan mobilisasi 4. Supaya klien tahu kondisi umum selama mobilisasi Terapeutik : 1. Supaya klien bisa bergerak sedikit demi sedikit 2. Supaya klien bergerak ada batasan 3. Supaya keluarga dapat membantu pergerakan klien Edukasi : 1. Supaya klien dan keluarga klien mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi
--	---	--	--

			1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	2. Untuk melatih klien mobilisasi 3. Supaya klien mengetahui mobilisasi ringan
3.	Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan penerimaan sensori (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam, maka persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil: SLKI : Proses pengasuhan (L.13124) 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Distorsi sensori menurun 3. Perilaku halusinasi menurun 4. Respons sesuai stimulus membaik	Minimalisasi Rangsangan (I.08241) Tindakan : Observasi : 1. Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan) Terapeutik : 1. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang) 2. Batasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas)	Tindakan : Observasi : 1. Untuk mengetahui status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan klien Terapeutik : 1. Untuk mengetahui tingkat toleransi terhadap beban sensori 2. mempertahankan stimulus lingkungan yang normal untuk siang-malam hari

			3. Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat 4. Kombinasikan prosedur/Tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan Edukasi: 1. Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus	3. Agar aktivitas dan waktu istirahat klien terjadwal 4. Untuk mengetahui prosedur dan tindakan dalam satu waktu Edukasi : 1. Agar klien mengetahui cara meminimalisasi stimulus Kolaborasi : 1. Membantu proses penyembuhan
4.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119)	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam, maka komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil: SLKI : Komunikasi verbal (L.13118)	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492) Tindakan : Observasi : 1. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang	Tindakan : Observasi : 1. Untuk mengetahui proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang

		1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 4. Kontak mata meningkat 5. Afasia menurun 6. Disfasia menurun 7. Apraksia menurun 8. Disleksia menurun 9. Disatria menurun 10. Afonia menurun 11. Dislalia menurun 12. Pelo menurun 13. Gagap menurun 14. Respon perilaku membaik 15. Pemahaman komunikasi membaik	berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa) 2. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik : 1. Ulangi apa yang disampaikan klien 2. Berikan dukungan psikologis 3. Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi : 1. Anjurkan berbicara perlahan 2. Ajarkan klien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara Kolaborasi : 2. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	berkaitan dengan bicara 2. Untuk mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik : 1. Sebagai bentuk dukungan dan memperbaiki kesalahan 2. Untuk meningkatkan semangat dan kepercayaan diri klien 3. Untuk mempermudah komunikasi Edukasi : 1. Sebagai permulaan latihan dilakukan perlahan untuk mempermudah 2. Agar klien dan keluarga paham dan melakukan tindakan dengan benar Kolaborasi :
--	--	--	--	--

				1. Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganannya yang tepat.
5.	Resiko defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan otot mengunyah dan menelan (D.0032)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama x 24 jam maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : SLKI : Status nutrisi (L.03030) 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik	Manajemen Nutrisi (L.03119) Tindakan : Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi makanan yang disukai 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik : 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan suplemen makanan, jika perlu 3. Hentikan pemberian makan melalui selang	Tindakan : Observasi : 1. Untuk mengetahui status nutrisi klien 2. Untuk menarik kemampuan atau keinginan makan klien 3. Untuk mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan klien 4. Untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan nutrisi klien 5. Untuk mengetahui ada tidaknya kelainan dalam hasil laboratorium Terapeutik : 1. Untuk menambah nafsumakan klien

			nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi : 1. Ajarkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	2. Untuk menambah stamina klien 3. Untuk menghindari adanya ketergantungan klien pada perawat Edukasi : 1. Untuk memudahkan klien makan 2. Agar klien memahami diet yang sedang dijalani saat ini Kolaborasi : 1. Untuk menentukan asupan kalori yang diperlukan dan untuk mempertahankan berat badan yang sudah ditentukan
6.	Gangguan eliminasi urin (inkontinensia fungsional) berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama x 24 jam maka eliminasi urine membaik dengan kriteria hasil : SLKI : Eliminasi urine (L.04034) 1. Pola BAK normal	Dukungan Perawatan Diri : BAB/BAK (L.11349) Tindakan : Observasi : 1. Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia 2. Monitor integritas kulit klien	Tindakan : Observasi : 1. Untuk mengetahui kebiasaan BAK/BAB sesuai usia 2. Untuk mengetahui adanya integritas kulit

	komunikas (D.0040)	2. Klien dapat berkomunikasi sebelum BAK 3. Kulit bersih dan kering 4. Terhindar dari infeksi saluran kemih	Terapeutik : 1. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi 2. Dukung penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara konsisten 3. Jaga privasi selama eliminasi 4. Ganti pakaian klien setelah eliminasi, jika perlu 5. Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan 6. Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu 7. Sediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal), jika perlu Edukasi : 1. Anjurkan BAK/BAB secara rutin 2. Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu	Terapeutik : 1. Untuk memudahkan klien eliminasi 2. Dukungan penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara teratur 3. Menjaga privasi klien 4. Mengganti pakaian klien 5. Membersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan 6. Melatih BAK/BAB, jika perlu 7. Menyediakan alat bantu seperti kateter eksternal, urinal, jika perlu Edukasi : 1. Menganjurkan klien BAK/BAB secara rutin 2. Menganjurkan klien ke kamar mandi/toilet, jika perlu
7.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama x 24 jam maka perawatan	Dukungan Perawatan Diri (I.11348)	Tindakan : Observasi :

	hemiparese/hemiplegi (D.0109)	diri meningkat dengan kriteria hasil : SLKI : Perawatan Diri (L.11103) 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat	Tindakan : 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 : 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	1. Untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Untuk memonitor tingkat kemandirian 3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik : 1. Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 2. Menyiapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Untuk menghindari hal yang tidak diinginkan saat melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Memfasilitasi kemandirian klien
--	--------------------------------------	--	---	---

			5. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi : 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 5. Menentukan jadwal rutinitas perawatan diri klien Edukasi : 1. Untuk melatih kemandirian klien dalam melakukan perawatan diri
8.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring yang lama (D.0192)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama x 24 jam maka integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : SLKI : Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) 1. Kerusakan lapisan kulit menurun	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Tindakan : Observasi : 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik : 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring	Tindakan : Observasi : 1. Untuk mengetahui penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik : 1. Untuk mengetahui posisi tiap 2 jam jika tirah baring 2. Untuk mengetahui pemijatan pada penonjolan tulang 3. Gunakan produk berbahan petroleum

			2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi : 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur	atau minyak pada kulit kering 4. Agar klien mengetahui produk berbahan ringan/ alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 5. Agar klien menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering 6. Agar klien menggunakan pelembab Edukasi : 1. Agar klien menggunakan pelembab 2. Agar klien minum air yang cukup 3. Agar klien meningkatkan asupan nutrisi 4. Agar klien meningkatkan asupan buah dan sayur
--	--	--	--	--

			5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim 6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	5. Agar klien menghindari terpapar suhu ekstrim 6. Agar klien menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 7. Agar klien mandi dan menggunakan sabun secukupnya
9.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan reflek batuk (D.0001)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama x 24 jam maka bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil : SLKI : Bersihan Jalan Napas (L.01001) 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi menurun 4. Wheezing menurun	Manajemen Jalan Napas (L.01011) Tindakan : Observasi : 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik : 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-	Tindakan : Observasi : 1. Untuk mengetahui apakah adanya gangguan pada pola napas 2. Untuk mengetahui apakah terdapat buyi napas tambahan 3. Untuk mengetahui apakah terdapat perubahan warna, dan aroma pada sputum Terapeutik : 1. Agar kepatenan jalan napas tetap terjaga

			tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) 2. Posisikan semi-fowler atau fowler 3. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 4. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi : 1. Ajarkan Teknik batuk efektif	2. Agar klien tidak terlalu merasakan sesak yang dialami 3. Untuk mengurangi rasa sakit yang dirasakan 4. Untuk membantu pernapasan klien Edukasi : 1. Untuk mengeluarkan sputum
--	--	--	--	--

2.2.4 Implementasi

Salah satu komponen dari proses keperawatan adalah implementasi keperawatan. Implementasi merupakan tahap pelaksanaan dalam asuhan keperawatan. Dalam melakukan implementasi juga memiliki pedoman. Dengan mengetahui pedoman pada tahapan implementasi diharapkan dapat membantu para perawat dalam melakukan tahap implementasi dengan baik dan benar dengan data data yang aktual sesuai dengan aturan implementasi yang berlaku (K. J. Sari 2019).

Tujuan dari pelaksanaan/implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan, penyakit,

pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping. Melaksanakan hasil dari rencana keperawatan untuk selanjutnya di evaluasi untuk mengetahui kondisi kesehatan klien dalam periode yang singkat, untuk mempertahankan daya tahan tubuh, untuk mencegah komplikasi, untuk menemukan perubahan system tubuh, untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien, dan untuk mengimplementasi pesan dokter (Siregar 2019). Jenis-jenis tindakan pada tahapan pelaksanaan implementasi adalah:

- 1) Secara mandiri (inde dependent)
- 2) Tindakan yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalah dan menanggapi reaksi karena adanya stressor
- 3) Saling ketergantungan (interdependent) tindakan keperawatan atas dasar kerjasama tim keperawatan dengan tim kesehatan lainnya seperti dokter fisioterapi, dan lain-lain
- 4) Rujukan atau ketergantungan (dependant)
- 5) Tindakan keperawatan atas dasar rujukan dan profesi lainnya diantaranya dokter psikiater, ahli gizi dan lainnya.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria

yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Kurniati 2017).

Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahapn proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP, yaitu :

- 1) S (Subyektif) : yaitu keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien).
- 2) O (Obyektif) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.
- 3) A (Analisis) : yaitu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.
- 4) P (Planning) : yaitu rencana tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah klien.

2.2.6 Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau di jadikan bukti dalam persoalan hukum. Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang

dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum (Risnawati et al. 2021)

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara yang akan dilakukan dalam proses penelitian. Dalam Menyusun karya tulis ilmiah, metode penelitian harus diuraikan secara rinci seperti variabel penelitian, rancangan penelitian, teknik pengumpulan data, analisis data, cara penafsiran, dan penyimpulan hasil penelitian. Untuk penelitian yang menggunakan metode kualitatif dapat dijelaskan metode pendekatan yang digunakan, secara lebih mendetail iii (Abdussamad 2021). Dalam metode penelitian tersebut terdapat desain penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu penelitian, pengumpulan data, analisa data, data uji keabsahan data dan etika penelitian. Hal-hal tersebut akan diuraikan sebagai berikut :

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang digunakan sebagai pedoman dalam melakukan proses penelitian (Sina 2013). Rancangan yang digunakan dalam penulisan proposal karya tulis ilmiah ini adalah diskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Diskriptif kualitatif adalah metode dengan peroses penelitian berdasarkan persepsi pada suatu fenomena dengan pendekatan datanya menghasilkan analisis deskriptif berupa kalimat secara lisan dari objek penelitian (Sahir 2022). Studi kasus (case study) adalah salah satu bentuk penelitian kualitatif yang berbasis mengenai kejadian atau situasi pemahaman dan perilaku manusia berdasarkan pada opini manusia (Ilhami et al. 2024). Penelitian studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui

bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien CVA (Cerebral Vascular Accident) Infark di RSUD dr. Soedomo Trenggalek secara komprehensif. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan, melakukan implementasi dan mengevaluasi (Mulyanti, 2017).

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan suatu pernyataan yang membatasi masalah agar tidak terlalu luas pembahasannya (Nursalam, 2017). Asuhan keperawatan pada klien dengan CVA yaitu rangkaian praktik keperawatan dari proses kegiatan dengan cara memberikan perawatan pada klien, dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia. Berpegang pada standar keperawatan yang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan (intervensi), pelaksanaan (implementasi), evaluasi, secara komprehensif selama klien dirawat. CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) Infark merupakan gejala yang terjadi secara mendadak, progresif cepat, dan berlangsung selama 24 jam, ini terjadi karena thrombosis dan emboli yang menyebabkan penyumbatan yang bisa terjadi disepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju ke otak (Astannudinsyah et al. 2020). Batasan istilah pada penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus ini adalah asuhan keperawatan CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) Infark dengan pasien tanpa penyakit penyerta di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan subjek yang dilibatkan dalam kegiatan mental dan emosi secara fisik sebagai peserta dalam memberikan respon terhadap kegiatan yang dilaksanakan dalam proses belajar-mengajar serta mendukung pencapaian tujuan dan bertanggung jawab atas keterlibatannya (Fadliyati, R, 2015). Jumlah partisipan dalam penelitian deskriptif ini berjumlah 1 klien. Kriteria partisipan ini adalah 1 klien dengan diagnosa medis yaitu klien CVA (Cerebral Vascular Accident) Infark tanpa penyakit penyerta di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi

Lokasi yang di gunakan untuk penelitian asuhan keperawatan CVA Infark adalah di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

3.4.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 10 Maret sampai dengan tanggal 17 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. Pada penelitian kualitatif teknik pengumpulan data yang utama yaitu observasi partisipan, wawancara, mendalami studi dokumentasi dan gabungan ketiganya.

3.5.2 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data 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 klien dari tenaga medis yang lain serta dokumentasi.

3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data meliputi empat tahap yaitu tahap persiapan, tahap kontrak, tahap pelaksanaan dan tahap penutup (Suryono, 2013).

1) Tahap persiapan

- a) Mengurus ijin penelitian dan meminta surat pengantar kepada Ketua Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek. Kemudian peneliti mendapat surat pengantar ijin penelitian dengan nomor DP. 04.03/F.XIII. 15.5/96/2025 yang ditujukan pada Direktur RSUD

dr.Soedomo Kabupaten Trenggalek perihal ijin melaksanakan penelitian (studi kasus)

- b) Peneliti mendapat surat jawaban dari Direktur RSUD dr.Soedomo Trenggalek dengan nomor 00.9/96/406.010.001/18.00/2025 yang menyatakan tidak keberatan perihal ijin melaksanakan penelitian dan surat yang ditujukan kepada Kepala Ruangan Unit Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek yang menyatakan untuk membantu peneliti dalam melaksanakan penelitian.
- c) Setelah mendapatkan surat ijin melaksanakan penelitian, peneliti berkoordinasi dengan Kepala Ruang Unit Stroke untuk memperoleh informasi dari tempat pengambilan kasus mengenai calon partisipan (klien).

2) Tahap Kontrak

Ketika sudah mendapatkan klien dengan CVA kemudian peneliti mengobservasi keadaan klien tersebut. Kemudian peneliti memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang tujuan penelitian, setelah klien menyatakan ketersediaannya untuk menjadi responden, maka diminta untuk menandatangani informed consent.

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 klien. 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

Peneliti mengakhiri penelitian dengan validasi hasil yang telah ditemukan peneliti kepada semua partisipan. Peneliti mengatakan bahwa penelitian sudah berakhir dan mengucapkan terimakasih pada partisipan. Peneliti menghadap ke bagian administrasi RSUD dr. Soedomo

Kabupaten Trenggalek untuk menyelesaikan pembayaran biaya penelitian sesuai dengan peraturan daerah yang berlaku.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (*Credibility*), keteralihan (*Transferability*), kebergantungan (*Dependability*) dan kepastian (*Confirmability*) (Husnullail. M 2024).

3.6.1 Kepercayaan (*Credibility*)

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

3.6.2 Keteralihan (*Transferability*)

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

perbandingan oleh penulis yang lain atau studi kasus lain yang sesuai.

3.6.3 Kebergantungan (*Dependability*)

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.

3.6.4 Kepastian (*Comfirmability*)

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 klien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisa Data

Analisis data merupakan upaya mencari dan menata secara sistematis hasil observasi, wawancara dan hasil lainnya untuk meningkatkan pemahaman peneliti tentang kasus yang diteliti dan menyajikannya dalam temuan bagi orang lain (Nurdewi, 2022). Dalam melakukan penelitian ini, peneliti

menggunakan metode kualitatif. Peneliti sebagai instrument. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian oleh peneliti adalah observasi atau pengamatan serta dengan anamneses atau yang mengacu pada hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan atau literatur review. Untuk memperoleh data yang akurat, diperlukan rasa saling percaya antar peneliti dengan partisipan, keluarga, dan orang terdekat klien.

Selanjutnya peneliti akan melakukan pembahasan dari hasil penelitian berupa hasil, Justifikasi (prioritas masalah), dan Opini (pendapat). Sesuai yang ada pada teori yaitu analisa data dilakukan berdasarkan analisis deskriptif yaitu mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau atau generalisasi, dengan menyajikan data dalam bentuk table, grafik atau diagram lingkaran.

3.8 Etika Penelitian

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

3.8.1 Informent Consent (Lembar Persetujuan)

Merupakan pernyataan tertulis kesediaan informan sebagai obyek dalam penyusunan karya tulis ilmiah. Informed consent secara tertulis tidak dilakukan pada penelitian ini, karena data penelitian pada penelitian ini diambil pada saat peneliti/mahasiswa melakukan praktik klinik. Sehingga, peneliti tidak dapat melampirkan lembar inform concent, tetapi sebelum melakukan proses asuhan keperawatan, tahap pertama yang dilakukan oleh peneliti/mahasiswa adalah memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang maksud dan tujuan dari proses asuhan keperawatan yang akan diberikan. Setelah klien menyetujui, maka proses asuhan keperawatan bisa dilakukan.

3.8.2 Anonymity (Tanpa Nama)

Pada saat responden mulai mendapatkan penjelasan dan mendapatkan sebuah angket atau pertanyaan, wawancara, maka peneliti tidak perlu mencantumkan nama responden ke dalam lembar pertanyaan tersebut.

3.8.3 Confidentiality (Kerahasiaan)

Informasi yang diberikan kepada responden serta semua data yang dikumpulkan dijamin kerahasiannya oleh peneliti, hal ini tidak dipublikasikan atau diberikan kepada orang lain tanpa seijin responden.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan hasil dan pembahasan mulai dari pengkajian terhadap klien, menganalisa data, merumuskan diagnosa keperawatan, merencanakan dan melakukan tindakan keperawatan serta mengevaluasi hasil tindakan keperawatan. Selain itu terdapat bagaimana gambaran lokasi peneliti yang digunakan oleh peneliti.

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek merupakan salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Trenggalek dengan tipe Rumah Sakit Umum, dan tergolong kedalam Rumah Sakit tipe C. Rumah Sakit Umum ini bertempat di Jln. dr. Soetomo No.2 Kelurahan Tamanan Kecamatan Trenggalek Kabupaten Trenggalek dengan luas tanah 37.420 dengan luas bangunan 14.553,97 meter persegi. Ruang Unit stroke memiliki 22 kamar meliputi 2 HCU, 6 Kamar perawatan kelas 1, 2 kamar perawatan kelas 2 dan 12 kamar perawatan kelas 3. Penyakit dalam pada Ruang Unit Stroke terdiri dari penyakit pada system persyarafan, seperti CVA, SAH, Tumor Otak. Di ruang Unit Stroke terdapat 15 paramedis, 1 Administrasi dan 3 Cleaning Service. 15 paramedis sendiri diantaranya 1 Kepala

Ruang, 2 Ketua Tim, 4 Ketua Shift dan 8 Perawat Pelaksana. Ruang Unit stroke memiliki beberapa ruangan lain yaitu 1 ruang konsultasi, 1 kamar mandi khusus pegawai, 1 ruang perawat, 1 ruang obat dan tindakan, 1 ruang mencuci tangan, 1 ruang gym, 1 ruang peralatan dan 9 kamar pasien.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Klien

Tabel 4.1 Identitas Klien

Identitas Klien	Klien
a) Nama	Ny. M
b) Jenis Kelamin	Perempuan
c) Umur	64 Tahun
d) Status	Cerai Mati
e) Agama	Islam
f) Suku Bangsa	Indonesia
g) Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga
h) Pendidikan	SD
i) Alamat	RT 02/RW 01, Sawahan Kec. Panggul, Kab. Trenggalek
j) Tanggal MRS	12/3/2025/Jam 18.00 WIB
k) Tanggal pengkajian	13/3/2025/Jam 09.00 WIB
l) Diagnosa Medis	<i>CVA</i> Infark

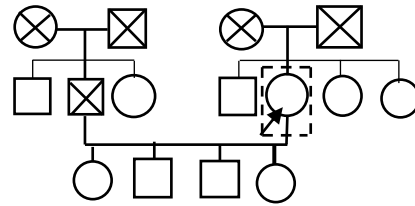
2) Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Klien
Keluhan Utama	Saat MRS : Keluarga klien mengatakan kepala klien pusing, bicara cedal, sulit diajak bicara, tangan dan kaki sebelah kanan tiba-tiba berat untuk digerakkan. Saat Pengkajian : Klien mengatakan kepala pusing dan berbicara masih cedal
Riwayat Penyakit Sekarang	Keluarga klien mengatakan hari rabu 12 Maret 2025 pagi sekitar jam 05.00 WIB saat klien bangun tidur kepala pusing, tangan dan kaki klien sebelah kanan tiba – tiba berat saat digerakkan dan juga sulit diajak bicara disertai cedal. Kemudian pada jam 10.00 WIB keluarga membawa klien ke IGD RSUD Panggul kemudian disana dilakukan pemeriksaan, setelah itu pada jam 15.00 WIB klien dirujuk ke RSUD dr.Soedomo Trenggalek. Sekitar pukul 17.35 klien tiba di IGD RSUD dr.Soedomo Trenggalek kemudian disana juga dilakukan pemeriksaan, setelah itu pukul 22.00 klien dipindah ke ruang Unit Stroke. Saat pengkajian klien mengatakan kepala pusing, tangan dan kaki sebelah kanan berat jika digerakkan dan bicara cedal. P : Klien mengatakan pusing Q : Klien mengatakan pusing seperti tertusuk-tusuk R : Pusing di kepala S : Skala pusing 5 T : Pusing hilang timbul
Riwayat Penyakit Dahulu	Keluarga klien mengatakan kalau sebelumnya klien tidak pernah mengalami sakit seperti yang dialaminya saat ini.

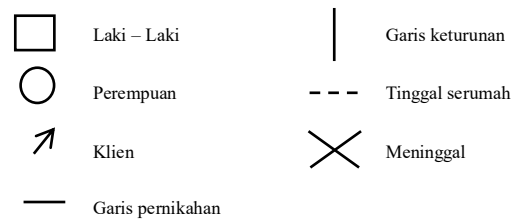
 Riwayat Keluarga

Keluarga klien mengatakan bahwa klien tidak memiliki riwayat penyakit keluarga dan menular.
 Genogram :



Gambar 4.1 Genogram Klien

Keterangan :



3) Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

Pola Kesehatan	Di Rumah	Di Rumah Sakit
Pola Nutrisi/ Cairan dan Metabolisme	Keluarga klien mengatakan makan 3×sehari dengan nasi, lauk pauk 1 porsi habis dan minum ± 7–8 gelas dalam sehari sekitar 1,5 liter.	Keluarga klien mengatakan makan pagi habis ½ porsi yang disediakan pada rumah sakit dengan jenis makanan nasi, lauk, sayur, klien minum air putih ± 1 gelas sekitar ± 125cc. Diit klien tinggi kalori tinggi protein rendah garam.
Pola Eliminasi	Keluarga klien mengatakan BAK 3–4×sehari dengan warna kuning jernih dan bau khas urine dan BAB 1×sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan dan bau khas fases.	Keluarga klien mengatakan di rumah sakit BAK menggunakan selang cateter dengan warna kuning jernih, bau khas urine, urine tampung 500 cc dan klien belum BAB selama di rumah sakit..
Kebersihan Diri	Keluarga klien mengatakan aktivitas sehari – hari klien dapat dilakukan sendiri tanpa bantuan seperti makan , minum, berpakaian, mandi dan klien mandi 2×sehari setiap pagi dan sore hari.	Keluarga klien mengatakan saat melakukan aktivitas klien dibantu oleh keluarganya terutama anaknya seperti makan dan minum. Klien mandi dengan disibin setiap pagi dan sore dengan dibantu oleh anaknya.
Pola Tidur/ Istirahat	Keluarga klien mengatakan mulai tidur siang biasanya sekitar jam 12.00 – 13.00 WIB dan mulai tidur malam sekitar jam 20.00 – 05.00 WIB.	Keluarga klien mengatakan klien tidur sekitar pukul 22.00 dan bangun pukul 04.30 selama di rumah sakit

4) Riwayat Psikososial

A. Konsep Diri

Tabel 4.4 Konsep Diri

Citra diri	Keluarga klien mengatakan klien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan merasa tidak nyaman dengan kondisinya saat ini, klien hanya berseraah diri supaya diberikan kesembuhan
Ideal diri	Keluarga klien mengatakan klien optimis bisa sembuh dari kondisi yang diderita saat ini dan bisa segera pulang dan beraktifitas seperti biasanya.
Harga diri	Keluarga klien mengatakan klien merasa tidak malu dan mensyukuri dengan keadaannya dengan kondisi sekarang
Peran	Keluarga klien mengatakan berperan sabagai ibu rumah tangga
Identitas diri	Keluarga klien mengatakan bahwa klien Bernama Ny. M berusia 64 Tahun, jenis kelamin perempuan, sebagai seorang ibu rumah tangga, dan tinggal di Desa Sawahan, Kecamatan Panggul, Kabupaten Trenggalek

B. Pola Peran Hubungan Dengan Orang Lain

Keluarga klien mengatan ketika di RS klien jarang membaur dengan bed sebelahnya

C. Pola Seksual

Keluarga klien mengatakan berjenis kelamin perempuan dan sudah menikah

D. Pola Mekanisme Koping

Keluarga klien mengatakan apabila ada masalah klien selalu cerita ke anaknya dan mencari jalan keluar yang terbaik

E. Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Tabel 4.5 Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Status mental	Klien tidak dapat mengorientasikan orang, waktu, dan tempat dengan baik
Bahasa Yang Digunakan	Klien menggunakan Bahasa Jawa
Kemampuan bicara	Klien mengalami kesulitan berkomunikasi, klien tidak bisa menjawab sedikit demi sedikit
Kemampuan membaca	Klien tidak dapat membaca tulisan dengan jelas
Pendengaran	Fungsi pendengaran klien masih baik masih bisa mendengarkan suara dengan jelas, klien tidak menggunakan alat bantu dengar
Pengetahuan pasien tentang penyakit	Klien mengatakan paham mengenai penyakit yang dideritanya
Persepsi tentang penyakit	Klien mengatakan penyakit timbul karena sudah takdir Allah SWT.

F. Pola Keyakinan dan Nilai

Keluarga klien mengatakan klien mudah bersosialisasi dengan tetangga dan juga aktif mengikuti kegiatan lingkungan seperti yasinan.

5) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Klien
a. Keadaan Umum	Keadaan umum lemah
1) Tingkat Kesadaran	Kesadaran CM (Compos Mentis), GCS : E:4, V:4, M:6 = Eye 4 (Membuka mata dengan spontan), Verbal 4 (Bicara kacau), Motorik 6 (Menuruti perintah), kelemahan pada ekstremitas sebelah kiri, terpasang infus PZ 20 tpm pada tangan sebelah kanan TD : 149/92 mmHg

2) TTV	N : 95 ×/menit RR : 20 ×/menit S : 37°C Spo : 99%
b. Kepala	Bentuk kepala normal kepala bersih dan tidak bau dan tidak ada benjolan, penyebaran rambut merata, rambut berwarna hitam sedikit beruban
1) Rambut	
2) Mata	Mata anemis, simetris kanan dan kiri, konjungtiva tidak pucat, sklera putih, tidak ada kotoran mata, tidak kabur, mampu menggerakkan bola mata ke arah atas dan bawah serta ke kanan dan ke kiri
3) Telinga	Telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada gangguan di pendengarannya dan tidak ada serumen
4) Hidung	Tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada sekret, septum nasi berada di tengah
5) Mulut	Bibir simetris atas dan bawah, bibir kering, tidak pucat, lidah putih, gigi masih utuh, klien tidak mengalami kesulitan menelan
6) Muka	Muka simetris, tidak pucat
c. Leher	Tidak ada kaku kuduk, tidak ada pembesaran tonsil, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan tidak ada pembesaran vena jugularis
a. Pemeriksaan Dada	
Paru :	
(1) Inspeksi	Bentuk normal chest, pernapasan regular, tidak ada retraksi intercostal
(2) Palpasi	Vocal vrementus (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri
(3) Perkusi	Suara paru sonor
(4) Auskultasi	Suara nafas vesikuler, tidak ada suara tambahan seperti ronkhi, whezing
Jantung :	
(1) Inspeksi	Tidak terdapat pulpasi
(2) Palpasi	Teraba ictus cordis di ICS 4 – 5 midclavicula sinistra
(3) Perkusi	Suara jantung pekak
(4) Auskultasi	Bunyi jantung I di ICS 4 kiri, bunyi jantung 2 terdengar di ICS 2 kanan kiri, tidak terdapat bunyi jantung tambahanra jantung pekak
b. Pemeriksaan Payudara	
(1) Inspeksi	Payudara simetris kanan dan kiri, areola berwarna kecoklatan

(2)	Palpasi	Tidak terdapat benjolan yang mencurigakan																					
c.	Abdomen																						
(1)	Inspeksi	Bentuk abdomen datar, tidak terdapat luka, tidak ada bayangan pembuluh darah, tidak terdapat luka atau lesi																					
(2)	Auskultasi	Bising usus 16x/ menit																					
(3)	Palpasi	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak terdapat massa perut																					
(4)	Perkusi	Suara thympani																					
g.	Pemeriksaan Inguinal, Genetalia, Anus	Tidak ada kelainan, tidak ada luka atau lesi pada genetalia, tidak ada inkontinensia atau retensi urine																					
h.	Ekstremitas	Terdapat kelemahan pada ekstremitas sebelah kiri bagian tangan dan kaki sebelah kanan, klien terpasang infus PZ 14 tpm pada tangan sebelah kanan Kekuatan otot <table> <tr> <td></td><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr> <tr> <td></td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td></td><td>3</td><td>5</td></tr> </table> 5 : Normal seluruh gerakan dapat dilakuakn dengan tahanan maksimal 3 : Gerakan otot penuh, melawan gravitasi, dengan topangan		Dextra	Sinistra		3	5		3	5												
	Dextra	Sinistra																					
	3	5																					
	3	5																					
i.	Pemeriksaan Integumen	Kulit lembab, akral dingin, tugor kembali dalam < 2 detik, tidak ada oedema, CRT < 2 detik																					
j.	Pemeriksaan Reflek	- Reflek Fisiologis <table> <tr> <td></td><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr> <tr> <td>Trisep</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr> <tr> <td>Bisep</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr> <tr> <td>Patella</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr> </table> - Reflek Patologis <table> <tr> <td></td><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr> <tr> <td>Babinski</td><td>(+)</td><td>(-)</td></tr> <tr> <td>Chaddock</td><td>(+)</td><td>(-)</td></tr> </table>		Dextra	Sinistra	Trisep	(-)	(+)	Bisep	(-)	(+)	Patella	(-)	(+)		Dextra	Sinistra	Babinski	(+)	(-)	Chaddock	(+)	(-)
	Dextra	Sinistra																					
Trisep	(-)	(+)																					
Bisep	(-)	(+)																					
Patella	(-)	(+)																					
	Dextra	Sinistra																					
Babinski	(+)	(-)																					
Chaddock	(+)	(-)																					
k.	Pemeriksaan Neurologis																						
1)	Olfaktorius	Penciuman klien baik, masih mampu mencium bau – bauan seperti minyak kayu putih																					
2)	Optikus	Penglihatan klien baik, mampu melihat tanpa alat bantu																					
3)	Okulomotorius	Pupil miosis (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya)																					
4)	Toklear	Klien mampu menggrakkan bola mata keatas dan kebawah																					
5)	Trigeminus	Reflek berkedip klien positif																					
6)	Abdusen	Klien mampu menggerakkan bola mata ke samping kanan dan kiri																					

7) Fasialis	Klien mampu mengerutkan dahi
8) Vestibulokoklearis	Saat dipanggil klien ada respon
9) Glossofaringeus	Klien mengalami kesulitan berbicara (cedal), klien masih mampu membedakan rasa makanan.
10) Vagus	Klien tidak ada masalah dalam saat menelan
11) Aksesorius	Klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kiri
12) Hipoglossus	Klien masih mampu menjulurkan lidah dan menariknya kembali tetapi gerakan lidah tidak sama (miring)

6) Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Darah Lengkap

Tabel 4.7 Hasil Pemeriksaan Darah Lengkap

Tanggal Pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
12 Maret 2025	Hemoglobin	15.0	g/dl	12.5-16.0
	Lekosit	10.0	%	4.0-10.5
	Trombosit	251	$10^3/uL$	150-450
	Hematokrit	46.5	$10^3/uL$	37.0-47.0
	Eritrosit	5.32	Juta/uL	3.50-4.76
	MCV	87.4	fL	78.0-100.0
	MCH	28.2	Pg	31.0-37.0
	MCHC	32.3	g/dL	37.0-54.0
	RDW	13.5	%	11.0-16.0
	PDW	12.2	fL	9.0-17.0
	MPV	9.7	fL	8.0-11.0
	Neu%	78.5	%	37.0-72.0
	Lym%	14.5	%	15.0- 50.0
	Mxd%	7.0	%	00.14.0
	Neu#	7.8	$10^3/uL$	1.5-6.6
	Lym#	1.5	$10^3/uL$	1.5-3.5
	Mxd#	0.7	$10^3/uL$	< 1.0
	Ureum	39.2	mg/dL	15.0-45.0
	Creatinin	0.81	mg/dL	0.6-1.1

b. CT Scan Kepala Tanpa Kontras

- 1) Tampak lesi isodense disertai perifocal edema disekitarnya di cortex regio parieto occipito temporal kiri, dan di cortex hingga cortico-medullary junction regio parietalis kanan
- 2) Sistem ventrikel dan cisterna normal
- 3) Pons dan cerebellum normal
- 4) Tak tampak kalsifikasi abnormal
- 5) Tak tampak deviasi midline
- 6) Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tak tampak kelainan
- 7) Calvaria normal
- 8) Tak tampak proses osteolitik/osteoblastic

Kesimpulan :

Suspek lesi SOP di cortex regio parieto occipito temporal kiri, dan di cortex hingga cortico-medullary junction regio parietalis kanan

7) Penatalaksanaan (Terapi/Obat)

Tabel 4.8 Penatalaksanaan (Terapi/Pengobatan)

Penatalaksanaan	Obat – Obatan	Rute
13 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicoline 2x 500 mg	Intravena
	Ranitidine 2x1 amp	Intravena
	Santagesik 3x1 amp	Intravena
14 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicoline 2x 500 mg	Intravena
	Diviti 1x2,5 mg	Subcutan
15 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicoline 2x 500 mg	Intravena

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.9 Analisa Data

Data	Masalah	Etiologi
DS: - Klien mengatakan kepalanya pusing - P : Klien mengatakan pusing - Q : Pusing seperti ditusuk-tusuk - R: Pusing dikepala - S : Skala pusing 5 - T : Pusing hilang timbul DO: - K/U lemah - Kesadaran composmentis, GCS 446 - Bicara cedal - Terpasang kateter, ut : 500 cc - TTV : - TD : 149/92 mmHg - N : 95 x/menit - S : 37°C - RR : 20x/menit - SPO2: 99% - Hasil CT Scan Tanpa Kontras 1) Tampak lesi isodense disertai perifocal edema disekitarnya di cortex regio parieto occipito temporal kiri, dan di cortex hingga cortico-medullary junction regio parietalis kanan 2) Sistem ventrikel dan cisterna normal 3) Pons dan cerebellum normal 4) Tak tampak kalsifikasi abnormal 5) Tak tampak deviasi midline 6) Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tak tampak kelainan 7) Calvaria normal 8) Tak tampak proses osteolitik/osteoblastik	Risiko Perfusi Jaringan Cerebral	Cerebro Vascular Accident Infark ↓ Suplai darah O2 keotak menurun ↓ Metabolisme terganggu ↓ Kerja jantung meningkat ↓ Tekanan darah tinggi
DS : - Keluarga klien mengatakan kaki dan tangan kanan klien berat untuk digerakkan DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis, GCS 446	Gangguan Mobilitas Fisik	Defisit Neurologis ↓ Penurunan Kekuatan Otot

- Mengalami keterbatasan gerak - ADL dibantu keluarga dan perawat - Terpasang selang kateter. ut : 500 cc - TTV : TD : 149/92 mmHg N : 95 x/menit S : 37°C RR : 20x/menit SPO2 : 99% - Kekuatan otot <table border="0" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td></td> <td>Dextra</td> <td>sinistra</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table> - Reflek Fisiologis : <table border="0" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td></td> <td>Dextra</td> <td>sinistra</td> </tr> <tr> <td>Trisep</td> <td>(-)</td> <td>(+)</td> </tr> <tr> <td>Bisep</td> <td>(-)</td> <td>(+)</td> </tr> <tr> <td>Patella</td> <td>(-)</td> <td>(+)</td> </tr> </table> - Reflek Patologis : <table border="0" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>Babinski</td> <td>(+)</td> <td>(-)</td> </tr> <tr> <td>Chaddock</td> <td>(+)</td> <td>(-)</td> </tr> </table>		Dextra	sinistra		3	5		3	5		Dextra	sinistra	Trisep	(-)	(+)	Bisep	(-)	(+)	Patella	(-)	(+)	Babinski	(+)	(-)	Chaddock	(+)	(-)		
	Dextra	sinistra																											
	3	5																											
	3	5																											
	Dextra	sinistra																											
Trisep	(-)	(+)																											
Bisep	(-)	(+)																											
Patella	(-)	(+)																											
Babinski	(+)	(-)																											
Chaddock	(+)	(-)																											
DS : - Keluarga klien mengatakan klien sulit diajak bicara DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis, GCS 446 - Bicara cedal - Sulit memahami komunikasi - TTV : TD : 149/92 mmHg N : 95 x/menit S : 37°C RR : 20 x/menit SPO2 : 99 %	Gangguan Komunikasi Verbal	Defisit Neurologis ↓ Disfungsi bahasa dan komunikasi ↓ Disartria																											

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1.	13 Maret 2025	Risiko perfusi jaringan serebral berhubungan dengan tekanan darah tinggi yang ditandai dengan : DS : - Klien mengatakan kepalanya pusing - P : Klien mengatakan pusing - Q : Pusing seperti ditusuk-tusuk - R: Pusing dikepala - S : Skala pusing 5 - T : Pusing hilang timbul DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis, GCS 446 - Bicara cedal - Terpasang kateter, ut : 500 cc - TTV : - TD : 149/92 mmHg - N : 95 x/menit - S : 37°C - RR : 20x/menit - SPO2: 99% - Hasil CT Scan Tanpa Kontras 1) Tampak lesi isodense disertai perifocal edema disekitarnya di cortex regio parieto occipito temporal kiri, dan di cortex hingga cortico-medullary junction regio parietalis kanan 2) Sistem ventrikel dan cysterna normal 3) Pons dan cerebellum normal 4) Tak tampak kalsifikasi abnormal 5) Tak tampak deviasi midline 6) Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tak tampak kelainan 7) Calvaria normal 8) Tak tampak proses osteolitik/osteoblastik		

2.	13 Maret 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot di tandai dengan : DS : - Keluarga klien mengatakan kaki dan tangan kanan berat untuk digerakkan DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis, GCS 446 - Mengalami keterbatasan Gerak - ADL dibantu keluarga dan perawat - Terpasang selang kateter, ut : 500 cc - TTV : TD : 149/92 mmHg N : 95 x/menit S : 37°C RR : 20 x/menit SPO2 : 99% - Kekuatan otot Dextra sinistra <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> - Reflek Fisiologis : <table><tr><td></td><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>Trisep</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr><tr><td>Bisep</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr><tr><td>Patella</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr></table> - Reflek Patologis : <table><tr><td></td><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>Babinski</td><td>(+)</td><td>(-)</td></tr><tr><td>Chaddock</td><td>(+)</td><td>(-)</td></tr></table>	3	5	3	5		Dextra	Sinistra	Trisep	(-)	(+)	Bisep	(-)	(+)	Patella	(-)	(+)		Dextra	Sinistra	Babinski	(+)	(-)	Chaddock	(+)	(-)		
3	5																												
3	5																												
	Dextra	Sinistra																											
Trisep	(-)	(+)																											
Bisep	(-)	(+)																											
Patella	(-)	(+)																											
	Dextra	Sinistra																											
Babinski	(+)	(-)																											
Chaddock	(+)	(-)																											
3.	13 Maret 2025	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria ditandai dengan : DS : - Keluarga klien mengatakan klien sulit diajak bicara DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis, GCS 446 - Bicara cedal																											

		- Sulit memahami komunikasi - TTV : - TD : 149/92 mmHg - N : 95 x/menit - S : 37°C - RR: 20 x/menit - SPO2 : 99%		
--	--	---	--	--

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.11 Intervensi Keperawatan

No.	Tanggal	Diagnosa	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	13 Maret 2025	Risiko perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Tekanan darah tinggi (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : SLKI : Perfusi Serebral (L.02014) 1. Pasien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik dan motorik 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan arteri rata-rata (mean arterial pressure/MAP) membaik 5. Tekanan intra kranial membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (L.06194) Observasi : 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (mean arterial pressure) 4. Monitor status pernapasan 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi) Terapeutik : 7. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 8. Berikan posisi semi fowler 9. Hindari manuver valsava 10. Cegah terjadinya kejang 11. Pertahankan suhu tubuh normal	Observasi : 1. Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tandatanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan 2. Untuk mengetahui potensial peningkatan TIK 3. Menghitung tekanan rata-rata arteri, menggambarkan perfusi rata-rata dari peredaran darah sistemik untuk menjamin perfusi otak, perfusi arteri koronaria dan perfusi ginjal tetap terjaga 4. Pemantauan sesak napas atau henti napas 5. Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syock hipovolemik 6. Untuk mengetahui cairan yang keluar dari kepala Terapeutik : 7. Agar klien tidak mengalami depresi dimana bila terjadi depresi maka tekanan darah akan naik saat tekanan darah naik maka jantung memompa begitu cepat ke seluruh tubuh dan

				Kolaborasi : 12. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 13. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 14. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	menekan otak yang menyebabkan tekanan intrakranial 8. Memberikan posisi nyaman bagi klien 9. Bila ekspirasi paksa dengan menutup bibir dan menutup hidung dapat meningkatkan TIK, manuver Valsalva dilakukan bila telinga berdenging 10. Kejang dapat meningkatkan TIK sehingga terjadi shock 11. Suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan rileks dengan suhu yang normal Kolaborasi : 12. Sebagai terapi anti kejang 13. Sebagai terapi untuk menghambat reabsorpsi air dan natrium dan meningkatkan osmolaritas darah dan jantung 14. Sebagai terapi bila mana terjadi permasalahan pada sistem pencernaan
2.	13 Maret 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam, klien mampu meningkatkan aktivitas fisik pada sisi tubuh yang mengalami kelemahan, dengan kriteria hasil : SLKI : Mobilitas Fisik (L.05042)	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	Observasi : 1. Untuk mengetahui apakah klien ada keluhan fisik lain. 2. Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan aktivitasnya. 3. Untuk mengetahui tekanan darah normal 4. Untuk mempercepat proses penyembuhan dan segera memandirikan klien.

			1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kebutuhan ADL terpenuhi	4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	Terapeutik : 5. Sebagai support system agar klien semangat untuk segera pulih. 6. Agar klien bergerak ada batasan 7. Supaya keluarga dapat membantu pergerakan klien. Edukasi : 8. Agar klien dan keluarga klien mengetahui tujuan prosedur mobilisasi 9. Untuk melatih klien melakukan mobilisasi 10. Supaya klien mengetahui mobilisasi ringan
3.	13 Maret 2025	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria (D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : SLKI : Komunikasi Verbal (L.13118) 1. Kemampuan berbicara meningkat	Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (I.13492) Observasi : 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara pasien 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 4. Identifikasi perilaku emosional dan	Observasi : 1. Mengetahui kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara pasien 2. Mengetahui ha;-hal yang mengganggu bicara 3. Mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 4. Membantu mempermudah komunikasi Terapeutik :

			2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 4. Kontak mata meningkat 5. Afasia menurun 6. Difasia menurun 7. Disatria menurun 8. Afonia menurun 9. Pelo menurun 10. Respon perilaku membaik 11. Pemahaman komunikasi membaik	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. Gunakan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. Berdiri di depan 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	5. Mempermudah komunikasi dengan pasien 6. Mengubah lingkungan menyesuaikan pasien dengan meminimalkan bantuan 7. Mengkonfirmasi maksud ucapan pasien 8. Memberikan semangat pada pasien untuk sembuh 9. Mempermudah komunikasi 10. Melatih komunikasi verbal pasien Edukasi : 11. Membantu pasien dan keluarga meningkatkan kemampuan bicara 12. Membantu meningkatkan kemampuan verbal dengan bantuan ahli
--	--	--	---	---	---

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.12 Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Tindakan/Implementasi	Tanda tangan
1.	Risiko perfusi jaringan serebral berhubungan dengan tekanan darah tinggi yang ditandai dengan : DS : - Klien mengatakan kepalanya pusing - P : Klien mengatakan pusing - Q: Pusing seperti tertusuk-tusuk - R : Pusing di kepala - S : Skala pusing 5 - T ; Pusing hilang timbul DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis, GCS 446 - Bicara cedal - Terpasang kateter, ut : 500 cc - TTV - TD : 149/92 mmHg - N : 95 x/menit - RR : 20 x/menit - S : 37°C - Spo : 99% - CT Scan Kepala - Tanpa Kontras 1)Tampak lesi isodense disertai perifocal edema di sekitarnya di cortex regio parietalis kanan 2)Sistem ventrikel dan cysterna normal 3)Pons dan cerebellum normal 4)Tak tampak kalsifikasi abnormal 5)Tak tampak deviasi midline 6)Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tak tampak kelainan 7)Calvaria normal 8)Tak tampak proses osteolitik dan osteoblatik	13 Maret 2025 10.00 10.15 10.45 10.55 11.10 11.20	1) Membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga 2) Memberikan terapi sesuai anjuran dokter: a) Citicoline 500 mg b) Ranitidine 25 mg c) Santagesik 500 mg 3) Mengganti cairan infus Pz 500 cc, 14 tetes/menit 4) Mempertahankan klien untuk bedrest dan posisi kepala ditinggikan 15-30° 5) Menilai tingkat kesadaran klien 6) Mengobservasi TTV : TD : 149/ 92 mmHg N : 95 x/menit S : 37°C RR : 20 x/menit SPO2 : 99%	

2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot di tandai dengan : DS : - Klien mengatakan tangan dan kaki kanan berat untuk digerakkan. DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis, GCS 446 - Mengalami keterbatasan gerak - ADL dibantu keluarga dan perawat - Terpasang selang kateter dengan nut : 500 cc - TTV : TD : 149/92 mmHg N : 95 x/menit S : 37°C RR : 20 x/menit SPO2 : 99% - Kekuatan otot :<table><tr><td></td><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td></td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td>3</td><td>5</td></tr></table> - Reflek Fisiologis<table><tr><td></td><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>Trisep</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr><tr><td>Bisep</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr><tr><td>Patella</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr></table> - Reflek Patologis<table><tr><td></td><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>Babinski</td><td>(+)</td><td>(-)</td></tr><tr><td>Chaddock</td><td>(+)</td><td>(-)</td></tr></table>		Dextra	Sinistra		3	5		3	5		Dextra	Sinistra	Trisep	(-)	(+)	Bisep	(-)	(+)	Patella	(-)	(+)		Dextra	Sinistra	Babinski	(+)	(-)	Chaddock	(+)	(-)	13 Maret 2025 10.30 10.50 11.15 11.30 11.50 12.15	1) Mengkaji daerah yang mengalami kelemahan otot dan memeriksa kekuatan otot 2) Memotivasi klien untuk melakukan aktivitas sederhana. 3) Membantu klien melakukan gerak aktif dan pasif, seperti menekuk tangan dan kaki, menggenggam dan melebarkan jari-jari tangan dan kaki.pada ekstremitas yang mengalami kelemahan. 4) Memantau kemampuan klien melakukan gerak aktif dan pasif. 5) Memotivasi keluarga untuk ikut dalam terapi gerak pasif. 6) Menganjurkan keluarga untuk tetap mengubah posisi klien miring kanan dan kiri setiap 2 jam sekali	
	Dextra	Sinistra																																
	3	5																																
	3	5																																
	Dextra	Sinistra																																
Trisep	(-)	(+)																																
Bisep	(-)	(+)																																
Patella	(-)	(+)																																
	Dextra	Sinistra																																
Babinski	(+)	(-)																																
Chaddock	(+)	(-)																																
3.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria ditandai dengan : DS : - Keluarga klien mengatakan klien sulit diajak bicara DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis, GCS 446 - Bicara cedal - Sulit memahami komunikasi - TTV	13 Maret 2025 11.00 11.30 11.45 12.00 12.30 12.45	1) Memantau kecepatan dan kejelasan saat berbicara 2) Menciptakan lingkungan nyaman untuk meminimalkan bantuan 3) Mengulangi apa yang disampaikan pasien 4) Melatih klien untuk berkomunikasi 5) Mengajarkan berbicara perlahan 6) Memberikan dukungan psikologi																															

	TD : 149/92 mmHg N : 95 x/menit S : 37°C RR : 20 x/menit SPO2 : 99%			
--	---	--	--	--

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.13 Evaluasi Keperawatan

No.Dx	Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (S O A P)
1.	13 Maret 2025 14.00	Risiko perfusi jaringan serebral berhubungan dengan tekanan darah tinggi yang ditandai dengan : DS : - Klien mengatakan kepalanya pusing - P : Klien mengatakan pusing - Q: Pusing seperti tertusuk-tusuk - R : Pusing di kepala - S : Skala pusing 5 - T ; Pusing hilang timbul DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis, GCS 456 - Bicara cedal - Terpasang selang kateter, ut : 500 cc - TTV - TD : 149/92 mmHg - N : 95 x/menit - RR : 20 x/menit - S : 37°C - Spo : 99% - CT Scan Kepala Tanpa Kontras 1) Tampak lesi isodense disertai perifocal edema disekitarnya di cortex regio parieto occipito temporal kiri, dan di cortex hingga cortio-medullary junction regio parietalis kanan 2) Sistem ventrikel dan cysterna normal 3) Pons dan cerebellum normal 4) Tak tampak kalsifikasi abnormal 5) Tak tampak deviasi midline 6) Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tak tampak kelainan	S : - Klien mengatakan kepalanya pusing - P : klien mengatakan pusing - Q : Pusing seperti tertusuk-tusuk - R : Pusing di kepala - S : Skala pusing 5 - T ; Pusing hilang timbul O : - K/u lemah - Kesadaran composmentis - GCS 446 - Bicara cedal - Terpasng selang kateter, ut ; 500 cc - TTV - TD : 140/105mmHg - N : 75 x/menit - S : 36,8°C - RR : 20 x/ menit - SpO2 : 99 % A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2,7,8,12

		7) Calvaria normal 8) Tak tampak proses osteolitik osteoblatik	
2.	13 Maret 2025 14.00	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot di tandai dengan : DS : - Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kanan berat untuk digerakkan DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis - GCS 446 - Mengalami keterbatasan gerak - ADL dibantu keluarga dan perawat - Terpasang selang kateter dengan nut : 500 cc - TTV : TD : 149/92 mmHg N : 95 x/menit S : 37°C RR : 20 x/menit SPO2 : 99% - Kekuatan otot : Dextra Sinistra 3 5 ----- 3 5 - Reflek Fisiologis Dextra Sinistra Trisep (-) (+) Bisep (-) (+) Patella (-) (+) - Reflek Patologis Dextra Sinistra Babinski (+) (-) Chaddock (+) (-)	S : - Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kanan berat untuk digerakkan O : - K/U lemah - Kesadaran composmentis - GCS 446 - Mengalami keterbatasan Gerak - ADL dibantu keluarga dan perawat - Terpasang selang kateter dengan nut : 500 cc - TTV : TD : 140/105 mmHg N : 75 x/menit S : 36,8°C RR : 20 x/menit SPO2 : 99% - Kekuatan otot : 3 5 3 5 A: Masalah belum teratasi P :Lanjutkan intervensi 3,4, 5, 6, 7
3.	13 Maret 2025 14.00	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria ditandai dengan : DS : - Keluarga klien mengatakan klien sulit diajak bicara DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis - GCS 446 - Bicara cedal - Sulit memahami komunikasi	S : - Keluarga klien mengatakan klien sulit berbicara O : - K/U lemah - Kesadaran composmentis - GCS 446 - Bicara cedal - Sulit memahami komunikasi - TTV

		- TTV TD : 149/92 mmHg N : 95 x/menit S : 37°C RR : 20 x/menit SPO2 : 99%	TD : 140/105 mmHg N : 75 x/menit S : 36,8°C RR : 20 x/menit - SPO2 : 99% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1, 7, 8, 9, 11
--	--	--	---

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 4.14 Catatan Perkembangan

Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi (S O A P)
24/03/2025	Resiko perfusi jaringan serebral berhubungan dengan tekanan darah tinggi yang ditandai dengan :	1) Memberikan injeksi IV : a) Citicolin 500 mg b) Ranitidine 2x1 amp c) Santagesik 3x1 amp d) Diviti 1x2	(21.00 WIB) S : - Klien mengatakan pusing dikepalanya berkurang P : Klien mengatakan pusing Q : Pusing seperti tertusuk-tusuk R : Pusing di kepala S : Skala pusing 2 T : Pusing hilang timbul O : - K/u lemah - Kesadaran composmentis - GCS 446 - Bicara cedal - Terpasang selang kateter, ut : 300cc - TTV TD : 128/92 mmHg N : 101 x/menit S : 36,7 °C RR : 20 x/ menit SpO2 : 98 % A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 2, 7, 8, 12
14.15			
14.30	DS :		
15.00	- Klien mengatakan kepalanya pusing	2) Mengganti cairan infus Pz 500 cc, 14 tetes/menit	
16.20	P : Klien mengatakan pusing	3) Mempertahankan klien untuk bedrest dan posisi kepala ditinggikan 15-30°	
18.00	Q: Pusing seperti tertusuk-tusuk R : Pusing di kepala S : Skala pusing 5 T : Pusing hilang timbul DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis - GCS 446 - Bicara cedal - Terpasang selang kateter, ut : 500 cc - TTV TD : 149/92 mmHg N : 95 x/menit RR : 20 x/menit S : 37°C Spo : 99% - CT Scan Kepala Tanpa Kontras 1) Tampak lesi isodense disertai	4) Memantau tingkat kesadaran klien 5) Mengobservasi TTV TD : 125/86 mmHg N : 90 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/ menit SpO2 : 98 %	

	perifocal edema disekitarnya di cortex regio parieto occipito temporal kiri, dan di cortex hingga cortio-medullary junction regio parietalis kanan 2) Sistem ventrikel dan cisterna normal 3) Pons dan cerebellum normal 4) Tak tampak kalsifikasi abnormal 5) Tak tampak deviasi midline 6) Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tak tampak kelainan 7) Calvaria normal 8) Tak tampak proses osteolitik osteoblastik		
14/03/2025 14.20 14.45 15.15 18.30 19.00	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot di tandai dengan : DS : - Klien mengatakan tangan dan kaki kanan berat untuk digerakkan. DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis - GCS 446 - Mengalami keterbatasan gerak - ADL dibantu keluarga dan perawat - Terpasang selang kateter denga, ut : 500 cc - TTV : TD : 149/92 mmHg N : 95 x/menit S : 37°C RR : 20 x/menit SPO2 : 99% - Kekuatan otot : Dextra Sinistra 3 5	1) Memotivasi klien untuk melakukan aktivitas sederhana. 2) Membantu klien melakukan gerak aktif dan pasif, seperti menekuk tangan dan kaki, menggenggam dan melebarkan jari-jari tangan dan kaki.pada ekstremitas yang mengalami kelemahan. 3) Memantau kemampuan klien melakukan gerak aktif dan pasif. 4) Memotivasi keluarga untuk ikut dalam terapi gerak pasif. 5) Menganjurkan keluarga untuk tetap mengubah posisi klien miring kanan dan kiri setiap 2 jam sekali	(21.00 WIB) S : - Klien mengatakan tangan dan kaki kanan berat berkurang O : - K/U lemah - Kesadaran composmentis - GCS 446 - Mengalami keterbatasan gerak - ADL dibantu keluarga dan perawat - Terpasang selang kateter denga, ut : 300 cc - TTV : TD : 128/92 mmHg N ; 101 x/menit S ; 36,7°C RR : 20 x/menit SPO2 : 98% - Kekuatan otot 4 5 3 5 A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 4,5, 6, 7

	35 - Reflek Fisiologis DextraSinistra Trisep (-)(+) Bisep (-)(+) Patella (-)(+) - Reflek Patologis DextraSinistra Babinski (+)(-) Chaddock (+)(-)		
14/03/2025 07.15 08.30 09.00 11.15	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria ditandai dengan : DS : - Keluarga klien mengatakan klien sulit diajak bicara DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis - GCS 446 - Bicara cedal - Sulit memahami komunikasi - TTV - TD : 149/92 mmHg - N : 95 x/menit - S : 37°C - RR : 20 x/menit - SPO2 : 99%	1) Memantau kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2) Menciptakan lingkungan nyaman untuk meminimalkan bantuan 3) Mengulangi apa yang disampaikan pasien 4) Melatih klien untuk berkomunikasi 5) Mengajarkan berbicara perlahan 6) Memberikan dukungan psikologi	(21.00) S: - Keluarga klien mengatakan klien sudah sedikit bisa berbicara O : - K/U lemah - Kesadaran composmentis - GCS 446 - Bicara cedal - Sulit memahami komunikasi - TTV - TD : 128/92 mmHg - N : 101 x/menit - S : 36,7°C - RR : 20 x/menit - SPO2 : 98% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 7, 8, 9, 11
15/03/2025 07.15 08.30 09.00 11.15	Risiko perfusi jaringan serebral berhubungan dengan tekanan darah tinggi yang ditandai dengan : DS : - Klien mengatakan kepalanya pusing - P : Klien mengatakan pusing - Q: Pusing seperti tertusuk-tusuk - R : Pusing di kepala - S : Skala pusing 5 - T : Pusing hilang timbul DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis - GCS 446 - Bicara cedal - Terpasang selang kateter, ut : 500 cc	1) Memberikan injeksi IV : a) Citicolin 500 mg 2) Mengganti cairan infus Pz 500 cc, 14 tetes/menit 3) Mempertahankan klien untuk bedrest dan posisi kepala ditinggikan 15-30° 4) Memantau tingkat kesadaran klien 5) Mengobservasi TTV TD : 139/90 mmHg N : 81 x/menit S : 36,2 °C RR : 20 x/ menit SpO2 : 98 % 6) Melepas infus pasien	(11.15 WIB) S : - Klien mengatakan kepalanya sudah tidak pusing O : - K/u lemah - Kesadaran composmentis - GCS 456 - Bicara masih sedikit cedal - TTV : TD : 126/72 mmHg N : 76 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/ menit SpO2 : 98 %

	- TTV TD : 149/92 mmHg N : 95 x/menit RR : 20 x/menit S : 37°C Spo : 99% - CT Scan Kepala Tanpa Kontras 1) Tampak lesi isodense disertai perifocal edema disekitarnya di cortex regio parieto occipito temporal kiri, dan di cortex hingga cortio-medullary junction regio parietalis kanan 2) Sistem ventrikel dan cysterna normal 3) Pons dan cerebellum normal 4) Tak tampak kalsifikasi abnormal 5) Tak tampak deviasi midline 6) Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tak tampak kelainan 7) Calvaria normal 8) Tak tampak proses osteolitik osteoblastic		A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan, pasien pulang
15/03/2025 07.15 08.30 09.00 11.15	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot di tandai dengan : DS : - Klien mengatakan tangan dan kaki kanan berat untuk digerakkan. DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis - GCS 446 - Mengalami keterbatasan gerak - ADL dibantu keluarga dan perawat	1. Memotivasi klien untuk melakukan aktivitas sederhana. 2. Membantu klien melakukan gerak aktif dan pasif, seperti menekuk tangan dan kaki, menggenggam dan melebarkan jari-jari tangan dan kaki.pada ekstremitas yang mengalami kelemahan. 3. Memantau kemampuan klien melakukan gerak aktif dan pasif. 4. Menganjurkan keluarga untuk tetap mengubah posisi klien miring kanan dan kiri setiap 2 jam sekali 5. Membantu klien untuk pulang	(11.15 WIB) S : - Klien mengatakan tangan dan kaki kanan berat berkurang O : - K/U lemah - Kesadaran composmentis - GCS 446 - Klien sudah bisa duduk sendiri - TTV : TD : 126/72 mmHg N : 76 x/menit S : 36,5°C RR : 20 x/menit SPO2 : 98% - Kekuatan otot 4 5

	- Terpasang selang kateter denga, ut : 500 cc - TTV : TD : 149/92 mmHg N : 95 x/menit S : 37°C RR : 20 x/menit SPO2 : 99% - Kekuatan otot :<table><tr><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> - Reflek Fisiologis<table><tr><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>Trisep (-)</td><td>(+)</td></tr><tr><td>Bisep (-)</td><td>(+)</td></tr><tr><td>Patella (-)</td><td>(+)</td></tr></table> - Reflek Patologis<table><tr><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>Babinski (+)</td><td>(-)</td></tr><tr><td>Chaddock (+)</td><td>(-)</td></tr></table>	Dextra	Sinistra	3	5	3	5	Dextra	Sinistra	Trisep (-)	(+)	Bisep (-)	(+)	Patella (-)	(+)	Dextra	Sinistra	Babinski (+)	(-)	Chaddock (+)	(-)		45 A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan, klien pulang
Dextra	Sinistra																						
3	5																						
3	5																						
Dextra	Sinistra																						
Trisep (-)	(+)																						
Bisep (-)	(+)																						
Patella (-)	(+)																						
Dextra	Sinistra																						
Babinski (+)	(-)																						
Chaddock (+)	(-)																						
15/03/2025 07.15 08.30 09.00 11.15	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria ditandai dengan : DS : - Keluarga klien mengatakan klien sulit diajak bicara DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis - GCS 446 - Bicara cedal - Sulit memahami komunikasi - TTV TD : 149/92 mmHg N : 95 x/menit S : 37°C RR : 20 x/menit SPO2 : 99%	1) Menciptakan lingkungan nyaman untuk meminimalkan bantuan 2) Mengulangi apa yang disampaikan pasien 3) Melatih klien untuk berkomunikasi 4) Mengajarkan berbicara perlahan Memberikan dukungan psikologi	(21.00) S: - Keluarga klien mengatakan klien sudah sedikit bisa berbicara O : - K/U lemah - Kesadaran composmentis - GCS 446 - Bicara cedal - Sudah bisa memahami komunikasi - TTV TD : 126/72 mmHg N : 76 x/menit S : 36,5°C RR : 20 x/menit - SPO2 : 98% A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan, klien pulang																				

4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4.15 Hasil Analisis

NO	Teori	Analisis Fakta	Keterangan
1. Pengkajian			
a.	Identitas klien Pengkajian identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor, register, serta diagnosa medis (Tarwoto 2013)	Berdasarkan hasil penelitian klien Stroke pada Ny. M dengan usia 64 tahun, pendidikan terakhir SD, beragama islam, berasal dari suku Jawa, bertempat tinggal di Sawahan Kec. Panggul, Kab. Trenggalek, tanggal MRS 12 Maret 2025, tanggal pengkajian 13 Maret 2025 dan diagnose medis CVA infark	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
b.	Keluhan utama Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien untuk memita pertolongan kesehatan adalah terjadinya kelemahan anggota gerak di salah satu sisi tubuh secara mendadak, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensori dan gangguan kesadaran (Muttaqin 2019).	Saat MRS : Keluarga klien mengatakan kepala klien pusing, bicara cedal, sulit diajak bicara, tangan dan kaki sebelah kanan tiba-tiba berat untuk digerakkan. Saat Pengkajian : Klien mengatakan kepala pusing dan berbicara masih cedal	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta. namun tidak semua tanda ditemukan karena, Tanda terjadinya gangguan kesadaran, gangguan sensorik belum muncul, tetapi tanda-tanda yang lain sudah ditemukan pada klien seperti gangguan motorik, kepala pusing, terjadinya kelemahan anggota gerak disalah satu sisi

			tubuh secara mendadak dan bicara pelo
c.	Riwayat penyakit sekarang Serangan CVA biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh klien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lain (Muttaqin, 2019)	Keluarga klien mengatakan hari rabu 12 Maret 2025 pagi sekitar jam 05.00 WIB saat klien bangun tidur kepala pusing, tangan dan kaki klien sebelah kanan tiba – tiba berat saat digerakkan dan juga sulit diajak bicara disertai cedal. Kemudian pada jam 10.00 WIB keluarga membawa klien ke IGD RSUD Panggul kemudian disana dilakukan pemeriksaan, setelah itu pada jam 15.00 WIB klien dirujuk ke RSUD dr.Soedomo Trenggalek. Sekitar pukul 17.35 klien tiba di IGD RSUD dr.Soedomo Trenggalek kemudian disana juga dilakukan pemeriksaan, setelah itu pukul 22.00 klien dipindah ke ruang Unit Stroke. Saat pengkajian klien mengatakan kepala pusing, tangan dan kaki sebelah kanan berat jika digerakkan dan bicara cedal. P : Klien mengatakan pusing Q : Klien mengatakan pusing seperti tertusuk-tusuk R : Pusing di kepala S : Skala pusing 5 T : Pusing hilang timbul	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, Tanda kelemahan muncul pada klien yaitu kaki dan tangan klien sebelah kanan lemas dan berat saat digerakkan , kepala pusing

d.	Riwayat penyakit dahulu Adanya riwayat hipertensi, riwayat CVA sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan , aspirin, vasodilator, obat- obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan klien seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan (Muttaqin, 2019)	Keluarga klien mengatakan kalau sebelumnya klien tidak pernah mengalami sakit seperti yang dialaminya saat ini.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta. Karena tidak semua klien stroke memiliki riwayat penyakit tetapi bisa disebabkan oleh faktor gaya hidup seperti merokok, obesitas, dan kurangnya olahraga.
e.	Riwayat penyakit keluarga 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 klien dan apakah ada anggota keluarga lain yang mengidap penyakit menular (Muttaqin 2008).	Keluarga klien mengatakan bahwa klien tidak memiliki riwayat penyakit keluarga dan menular	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta. Karena tidak semua penyakit stroke berasal dari keturunan, melainkan bisa juga terjadi karena faktor gaya hidup seperti merokok,

			minuman beralkohol, makanan mengandung tinggi garam, tinggi lemak yang dapat memicu munculnya faktor resiko dari stroke.
f.	Pengkajian psikososio spiritual 1) Pola interaksi dan komunikasi Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Muttaqin, 2008) 2) Konsep diri a) Gambaran diri Klien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan klien tidak mau membebani keluarganya, sehingga klien hanya mampu berserah diri kepada Tuhan, semoga segera diberikan kesembuhan b) Ideal diri Klien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya	Keluarga klien mengatan ketika di RS klien jarang membaur dengan bed sebelahnya Keluarga klien mengatakan klien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan merasa tidak nyaman dengan kondisinya saat ini, klien hanya berserah diri supaya diberikan kesembuhan Keluarga klien mengatakan klien optimis bisa sembuh dari kondisi yang diderita saat ini dan	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta Tidak ada kesenjangan fakta dan teori, pasien mampu menyadari keadaan nya saat ini Tidak ada kesenjangan fakta dan teori, pasien berkeinginan segera sebuah dari penyakitnya

	c) Harga diri Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Muttaqin, 2008) d) Peran diri Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Muttaqin, 2008) e) Identitas diri Penyakit stroke menyerang semua jenis kelamin, namun komposisi laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan	bisa segera pulang dan beraktifitas seperti biasanya. Keluarga klien mengatakan klien merasa tidak malu dan mensyukuri dengan keadaannya dengan kondisi sekarang Keluarga klien mengatakan berperan sebagai ibu rumah tangga Keluarga klien mengatakan bahwa klien Bernama Ny. M berusia 64 Tahun, jenis kelamin perempuan, sebagai seorang ibu rumah tangga, dan tinggal di Desa Sawahan, Kecamatan Panggul, Kabupaten Trenggalek	Tidak ada kesenjangan fakta dan teori Tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori, pasien tidak mengalami perubahan peran pada dirinya Tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori pasien tersebut perempuan
g.	Pola aktivitas sehari-hari a) Aktivitas dan istirahat Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot (Batmomolin 2024)..	Di rumah : Keluarga klien mengatakan mulai tidur siang biasanya sekitar jam 12.00 – 13.00 WIB dan mulai tidur malam sekitar jam 20.00 – 05.00 WIB. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien tidur sekitar pukul 22.00 dan bangun pukul 04.30 selama di rumah sakit	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta karena klien tidak mengalami adanya kejang otot/nyeri otot

b) Pola eliminasi Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus (Muttaqin 2008) c) Pola makan Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut (Muttaqin 2008) d) Personal hygiene Pada penderita stroke dengan hemiplegi dan hemiparase akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan sibilin dan oral hygiene. Kebutuhan nya di bantu oleh keluarga	Di Rumah : Keluarga klien mengatakan BAK 3–4×sehari dengan warna kuning jernih dan bau khas urine dan BAB 1×sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan dan bau khas fases. Di RS : Keluarga klien mengatakan di rumah sakit BAK menggunakan selang cateter dengan warna kuning jernih, bau khas urine, urine tampung 500 cc dan klien belum BAB selama di rumah sakit.. Di Rumah : Keluarga klien mengatakan makan 3×sehari dengan nasi, lauk pauk 1 porsi habis dan minum ± 7–8 gelas dalam sehari sekitar 1,5 liter. Di RS : Keluarga klien mengatakan makan pagi habis ½ porsi yang disediakan pada rumah sakit dengan jenis makanan nasi, lauk, sayur, klien minum air putih ± 1 gelas sekitar ± 125cc. Diit klien tinggi kalori tinggi protein rendah garam. Di Rumah : Keluarga klien mengatakan aktivitas sehari – hari klien dapat dilakukan sendiri tanpa bantuan seperti makan , minum, berpakaian, mandi dan klien mandi 2×sehari setiap pagi dan sore hari. Di RS : Keluarga klien mengatakan saat melakukan aktivitas klien dibantu oleh	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta karena klien belum BAB selama di RS Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta karena klien mengalami nafsu makan menurun dan selama di RS hanya mampu menghabiskan ½ porsi makan Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta karena keluarga klien selalu menyibilin klien 2x sehari, dan melakukan oral hygiene.
---	---	---

		keluarganya terutama anaknya seperti makan dan minum. Klien mandi dengan disibin setiap pagi dan sore dengan dibantu oleh anaknya.	
h.	Pola sensori dan kognitif Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan/ kekaburan pandangan, perabaan/sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Doenges & Marilyn, 2000).	Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, tidak mampu berorientasi dengan baik, tidak mampu menyebutkan nama orang, waktu maupun tempat sekarang dirawat. Klien tidak mengalami penurunan daya ingat	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu klien tidak mengalami masalah pada nervus 2 (optikus) sehingga klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien juga tidak mengalami penurunan daya ingat karena klien diberikan terapi citicoline yang salah satu manfaatnya untuk mencegah gangguan memori akibat stroke.
i.	Keadaan umum Klien CVA umumnya akan mengalami kelemahan (letargi), nyeri kepala (cephalgia), penurunan kesadaran (apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma), terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20 – 30 mmhg), peningkatan suhu (> 37°C), nadi takikardia, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Muttaqin, 2008).	Kesadaram CM (Compos Mentis), GCS : E:4, V:4, M:6 = Eye 4 (Membuka mata dengan spontan), Verbal 4 (Orientasi terganggu), Motorik 6 (Menuruti perintah), kelemahan pada ekstremitas sebelah kanan, terpasang infus PZ 14 tpm pada tangan sebelah kanan	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta. namun tidak semua tanda ditemukan karena, Tanda terjadinya penurunan kesadaran tidak muncul, tetapi tanda-tanda yang lain sudah ditemukan pada klien seperti gangguan bicara, terjadi kelemahan tubuh di salah satu sisi. Pada tanda-tanda vital

			ditemukan tekanan darah meningkat
j.	Tanda-tanda vital Tekanan darah meningkat, denyut nadi tidak beraturan, pada beberapa kasus sering dijumpai adanya masalah bersihan jalan nafas adanya sistem pernafasan dan tidak terdapat kenaikan suhu tubuh (Tarwoto 2013)	TD : 149/92 mmHg N : 95 ×/menit RR : 20 ×/menit S : 37°C Spo : 99%	Tidak ada kesenjangan teori dan fakta, klien mengalami peningkatan tekanan darah
k.	Pemeriksaan kepala dan wajah 1) Kepala Mengetahui bagaimana penyebaran rambut, alopesia, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma, yang dapat diindikasikan adanya trauma kepala. Biasanya terdapat nyeri kepala dan vertigo yang terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri. (Tarwoto 2013). 2) Wajah Terdapat hemiparesis hemiplegia, wajah mencong ke arah salah satu sisi, wajah pucat. Biasanya tidak terdapat nyeri tekan (Tarwoto 2013) 3) Telinga	1) Bentuk kepala normal kepala bersih dan tidak bau dan tidak ada benjolan, penyebaran rambut merata, rambut berwarna hitam sedikit beruban 2) Muka simetris, tidak pucat 3) Telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada gangguan di pendengarannya dan tidak ada serumen.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta, bentuk kepala pasien normal, bersih, dan tidak berbau dan tidak ditemukan alopesia maupun benjolan abnormal dan hematoma Terdapat kesenjangan teori dan fakta, pasien wajah simetris dan tidak pucat Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, pasien tidak terjadi gangguan pendengaran

	Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga). (Muttaqin, 2019) 4) Mata Klien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Ketajaman penglihatan (visus) pada mata menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis) (Muttaqin, 2019). 5) Hidung Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi klien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung. (Muttaqin, 2019) 6) Mulut Adanya gangguan pengecap (lidah), Disfagia (adanya kesulitan dalam menelan) dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir. (Muttaqin, 2019)	4) Klien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Ketajaman penglihatan (visus) pada mata menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis) (Muttaqin, 2019). 5) Tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret, septum nasi berada di tengah 6) Bibir simetris atas dan bawah, bibir kering, tidak pucat, lidah putih, gigi masih utuh, klien tidak mengalami kesulitan menelan	tidak ada nya tinuitus pada telinga Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori, pasien klien tidak mengalami penurunan penglihatan Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori, pasien klien yaitu tidak ada pernafasan cuping hidung pada klien Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori pada klien yaitu pada klien tidak mengalami kesulitan menelan
1.	Pemeriksaan leher Kaku kuduk jarang terjadi, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat pembesaran tyroid, tidak		Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta

	terdapat pe,besaran vena jugularis adanya pembesaran kelenjar tyroid (Tarwoto 2013)	Tidak ada kaku kuduk, tidak ada pembesaran tonsil, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan tidak ada pembesaran vena jugularis	
m.	Pemeriksaan dada/thorax (1) Paru-Paru Pada inspeksi bentuk thoraks biasanya normal atau adalah kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung). Palpasi didapatkan vocal fremitus (getaran) sama di lapang paru kanan. Perkusi paru-paru biasanya bunyi normal (sonor). Auskultasi trakea suara yang didengar adalah bronchial, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah bronkovesikuler, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Tarwoto 2013). Jantung (2) Pada inspeksi jantung bentuk simetris, pergerakan dinding dada simetris kanan dan kiri, tidak ada bekas luka, tidak terdapat pulpasi. Jantung biasanya	Pemeriksaan Paru a. Inspeksi : Bentuk dada normal chest, tidak terdapat retraksi intercosta, RR 20 x / menit, tidak ada pulsasi b. Palpasi : Vocal fremitus (getaran) sama di lapang paru kanan c. Perkusi: Suara paru sonor d. Auskultasi : tidak terdapat suara napas tambahan Pemeriksaan Jantung : a. Inspeksi : bentuk simetris, pergerakan dinding dada simetris kanan dan kiri, tidak ada bekas luka, Tidak terdapat pulpasi	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta

	teraba ictus cordis teraba ICS V midclavicula sebelah kiri selebar 1 cm. Suara jantung pada pasien saat dilakukan perkusi biasanya normal (pekak). Auskultasi 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 (Tarwoto 2013).	b. Palpasi : ictus cordis teraba ICS V midclavicula sebelah kiri selebar 1 cm c. Perkusi : Suara jantung pekak d. Auskultasi : Bunyi jantung 1 di ICS 4 sternalis sinistra, ICS 5 midclavicula linea sinistra (lup). Bunyi jantung 2 di ICS 2 linea sternalis dekstra dan sinistra (dup).	
n.	Pemeriksaan abdomen Pada saat dilakukan inspeksi normal perut datar, tidak ada bayangan pembuluh darah, tidak ada benjolan pada abdomen. Auskultasi terjadi penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama. Perkusi terdengar suara tympani, dan palpasi tidak terdapat benjolani dan tidak ada nyeri tekan (Tarwoto 2013)	a) Inspeksi : Bentuk abdomen datar, tidak ada bayangan pembuluh darah, tidak ada benjolan pada abdomen, tidak ada bekas luka b) Auskultasi : Bising usus terdengar dengan frekuensi 16 x/menit c) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak ada pembesaran hepar Perkusi : Suara abdomen tympani	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
o.	Pemeriksaan integumen Apabila klien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Selain itu perlu juga dikaji adanya tanda-tanda dehidrasi	Kulit lembab, akral dingin, turgor kembali dalam < 2 detik, tidak ada oedema, CRT < 2 detik	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta

	terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bedrest selama 2-3 minggu														
p.	Pemeriksaan ekstremitas Pada klien dengan CVA biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiprase, mengalami kelemahan otot secara mendadak. (Tarwoto 2013).	Terdapat kelemahan pada ekstremitas sebelah kanan bagian tangan dan kaki sebelah kanan, klien terpasang infus PZ 14 tpm pada tangan sebelah kanan Kekuatan otot <table><tr><td colspan="2">Dextra</td><td colspan="2">Sinistra</td></tr><tr><td>3</td><td></td><td>5</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td>5</td><td></td></tr></table> 5: Normal seluruh gerakan dapat dilakuakn dengan tahanan maksimal 3: Gerakan otot penuuh, melawan gravitasi, dengan topangan	Dextra		Sinistra		3		5		3		5		Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
Dextra		Sinistra													
3		5													
3		5													
q.	Pemeriksaan genetalia Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doenges 2018)	Tidak ada kelainan dan tidak ada luka atau lesi pada genetalia. Klien tidak mampu menahan kencing	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta												
r.	Pemeriksaan neurologi 1) Nervus I (Olfaktiorus) : Biasanya pada klien CVA tidak ada kelainan pada fungsi penciuman (Muttaqin, 2008).	1) Penciuman klien baik, px masih mampu mencium bau-bauan seperti minyak kayu putih	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta												

2) Nervus II (Optikus) : Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang (Muttaqin, 2008) 3) Nervus III (Okulomotoris) : Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar (Muttaqin, 2008) 4) Nervus IV (Trochlearis) : Kelainan berupa paralisis nervus trochlearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial (Muttaqin, 2008). 5) Nervus V (Trigeminus) : Untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus (Muttaqin, 2008). 6) Nervus VI (Abducens) : Secara teori kelainan pada paralisis nervus abducens menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit tereduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, ketika pasien melihat ke	2) Penglihatan klien baik, mampu melihat tanpa alat bantu 3) Pupil miosis (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya) 4) Klien mampu menggerakkan bola mata ke arah atas dan bawah. 5) Reflek berkedip positif 6) Klien mampu menggerakkan bola mata ke samping kanan dan kiri.	Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori pada klien yaitu pada klien tidak mengalami gangguan penglihatan. Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori pada klien yaitu pada klien tidak mengalami gangguan penglihatan. Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori pada klien yaitu pada klien tidak mengalami gangguan penglihatan. Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori pada klien yaitu pada klien tidak mengalami gangguan penglihatan Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori pada klien yaitu pada klien tidak mengalami gangguan penglihatan
--	--	--

arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior (Muttaqin, 2008) 7) Nervus VII (Fasialis) : Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis) (Muttaqin, 2008). 8) Nervus VIII (Vestibulococlearis) : Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo) (Muttaqin, 2008). 9) Nervus IX (Glosfaringeus) : Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosfaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian 10) Nervus X (Vagus) : Persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru (Muttaqin, 2008). 11) Nervus XI (Asesorius) : Pada klien CVA nervus asesorius dapat menyebabkan	7) Klien mampu mengerutkan dahi, muka pada klien simetris 8) Saat dipanggil ada respon, Klien mampu mendengar suara di sekitar 9) Klien mengalami kesulitan bicara (cedal), klien masih mampu membedakan rasa makanan. 10) Klien tidak mengalami kesulitan menelan saat makan	Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori pada klien yaitu pada klien tidak mengalami kelumpuhan pada otot wajah Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori pada klien yaitu pada klien tidak mengalami gangguan pendengaran Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta yaitu klien mengalami kesulitan berbicara (cedal) Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori pada klien yaitu pada klien tidak mengalami kesulitan menelan saat makan
---	---	--

	kesulitan dalam mengangkat bahu atau memutar kepala menahan tahanan (Muttaqin, 2008). 12) Nervus XII (Hipoglossus) : Klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara (Muttaqin, 2008).	11) Klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan 12) Klien mampu menjulurkan lidah dan menariknya kembali tetapi gerakan lidah tidak sama (miring)	Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori pada klien yaitu pada klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
2. Diagnosa Keperawatan			
	1) Gangguan perfusi jaringan serebral 2) Gangguan persepsi sensori 3) Gangguan komunikasi verbal 4) Gangguan mobilitas fisik 5) Defisit nutrisi 6) Defisit perawatan diri 7) Nyeri akut 8) Bersihan jalan napas tidak efektif 9) Resiko jatuh 10) Gangguan integritas kulit 11) Penurunan kapasitas adaptif intracranial 12) Gangguan menelan	1) Risiko perfusi jaringan serebral 2) Gangguan mobilitas fisik 3) Gangguan komunikasi verbal	Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori yaitu pada teori ditemukan 12 Diagnosa pada penderita CVA sedangkan pada penelitian hanya ditemukan 3 diagnosa yang muncul pada klien
3.	Intervensi : Menurut Teori (Tarwoto,2013) pada diagnose Gangguan perfusi jaringan cerebral ada 14 intervensi , pada diagnose Gangguan Mobilitas	Intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori yang telah ada, dan disesuaikan dengan SOP (Standart Operasional Prosedur) yang ada di lokasi pengambilan data. Berdasarkan diagnosa yang sudah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien,	Intervensi dilakukan sesuai dengan teori

	fisik ada 10 intervensi, dan pada diagnose Gangguan komunikasi verbal ada 12 intervensi.	pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral ada 14 intervensi yang direncanakan, pada diagnosa gangguan mobilitas fisik ada 10 intervensi yang direncanakan, dan pada diagnosa Gangguan komunikasi verbal ada 12 intervensi yang direncanakan	
4.	Implementasi Membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan pencegahan penyakit pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping perencanaan asuhan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik, jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi asuhan keperawatan. selama tahapan implementasi, perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan pasien (Siregar 2019)	Implementasi yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah disusun, sedangkan waktu pelaksanaan tindakan keperawatan tidak berurutan seperti yang ada di intervensi.	Implementasi yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah ditetapkan. Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori yaitu Pada saat peneitian tidak semua intervensi dapat dilakukan tindakan kepada klien..
5.	Evaluasi Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah	Penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP dan peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan selama 3 hari. Saat melakukan evaluasi sampai hari ketiga pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral dan	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

	ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Kurniati 2017)	Gangguan mobilitas fisik masalah teratasi sebagian	
--	---	--	--

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, pola sensori dan kognitif, pemeriksaan fisik meliputi (wajah, mata, hidung, telinga), pada syaraf kranial meliputi (optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduksen, fasialis, vestibuloclearis, vagus, asesorius).

1) Riwayat penyakit dahulu

Berdasarkan data pengkajian sebelumnya klien tidak memiliki riwayat penyakit dan tidak pernah mengalami sakit seperti yang dialaminya saat ini.

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

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa tidak semua klien stroke memiliki riwayat penyakit tetapi bisa

disebabkan oleh faktor gaya hidup seperti merokok, obesitas, dan kurangnya olahraga.

2) Riwayat penyakit keluarga

Berdasarkan data pengkajian didapatkan kesenjangan pada riwayat penyakit keluarga yaitu klien tidak memiliki riwayat penyakit keluarga dan menular.

Secara teori pada riwayat penyakit keluarga 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 klien dan apakah ada anggota keluarga lain yang mengidap penyakit menular (Muttaqin 2008).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa tidak semua penyakit stroke berasal dari keturunan, melainkan bisa juga terjadi karena faktor gaya hidup seperti merokok, minuman beralkohol, makanan mengandung tinggi garam, tinggi lemak yang dapat memicu munculnya faktor resiko dari stroke.

3) Pola sensori dan kognitif

Berdasarkan data pengkajian didapatkan kesenjangan pada klien yaitu mengalami gangguan penglihatan, tidak mampu berorientasi dengan baik, tidak mampu menyebutkan nama orang, waktu maupun tempat sekarang dirawat. Klien tidak mengalami penurunan daya ingat.

Secara teori pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan/kekaburan pandangan, perabaan/sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Doenges & Marilyn, 2000).

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

4) Pemeriksaan fisik

Berdasarkan data pengkajian didapatkan kesenjangan pada pemeriksaan fisik meliputi (wajah, mata, hidung, telinga).

a) Wajah

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada wajah didapatkan wajah pada klien simetris dan tidak pucat.

Secara teori umumnya pada klien stroke terdapat hemiparesis hemiplegia, wajah mencong ke arah salah satu sisi, wajah pucat. Biasanya tidak terdapat nyeri tekan (Tarwoto 2013).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami gangguan pada bagian wajah dikarenakan pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 7 fasialis (ekspresi wajah dan pengecapan), sehingga muka pada klien masih simetris

b) Mata

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada mata didapatkan mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva tidak pucat, sklera putih, tidak ada kotoran mata, tidak kabur, mampu menggerakkan bola mata ke arah atas dan bawah serta ke kanan dan ke kiri.

Secara teori umumnya pada klien stroke dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi.

Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun) (Muttaqin, 2008).

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

c) Hidung

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada hidung didapatkan hidung tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada sekret, septum nasi berada di tengah.

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

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami gangguan pada hidung dikarenakan klien tidak mengalami penurunan kesadaran, sehingga klien tidak mengalami gangguan pada sistem pernapasan.

d) Telinga

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada telinga didapatkan telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada gangguan di pendengarannya dan tidak ada serumen.

Secara teori umumnya pada klien stroke biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga) (Muttaqin, 2019).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa tidak terjadi gangguan pendengaran dikarenakan pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 8 vestibulococlearis (pendengaran), klien mampu mendengar dan merespon suara yang berada disekitar, sehingga klien tidak mengalami gangguan pada bagian telinga.

5) Pemeriksaan neurologis

Klien hanya mengalami keterbatasan dalam mengendalikan gerak tubuh sebelah kanan. Sehingga muncul kesenjangan pada syaraf kranial meliputi (optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduksen, fasialis, vestibuloclearis, vagus, asesorius).

a) Optikus

Berdasarkan data pengkajian didapatkan penglihatan klien baik, mampu melihat tanpa alat bantu.

Secara teori kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang (Muttaqin, 2008).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak mengalami gangguan penglihatan, dikarenakan nervus optikus (penglihatan) pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

b) Okulomotorius

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

Secara teori kelainan pada nervus okulomotorius dapat menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar (Muttaqin, 2008).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien

tidak mengalami gangguan penglihatan, dikarenakan nervus okulomotorius (gerakan ekstraokular mata) pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

c) Troklearis

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

Secara teori kelainan pada nervus troklearis berupa paralisis nervus toklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial (Muttaqin, 2008)

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 4 troklearis (gerakan bola mata ke atas bawah), dikarenakan nervus troklearis pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

d) Trigeminus

Berdasarkan data pengkajian didapatkan refleks berkedip klien positif.

Secara teori untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut.

Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus (Muttaqin, 2008).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 5 trigeminus (sensori kulit wajah), dikarenakan nervus trigeminus pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

e) Abdusen

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

Secara teori kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, ketika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior (Muttaqin, 2008).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 6 abduksen (gerakan bola mata menyamping), dikarenakan nervus abduksen pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

f) Fasialis

Berdasarkan data pengkajian didapatkan klien mampu mengerutkan dahi muka pada klien simetris.

Secara teori gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis) (Muttaqin, 2008).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 7 fasialis (ekspresi wajah dan pengecapan), dikarenakan nervus fasialis pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

g) Vestibuloclearis

Berdasarkan data pengkajian didapatkan klien saat dipanggil mampu merespon dan tidak mengalami gangguan pendengaran.

Secara teori gangguan nervus vestibuloclearis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo) (Muttaqin, 2008).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi pada masalah pada nervus 8 (pendengaran), dikarenakan nervus vestibuloclearis tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

h) Vagus

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

Secara teori gangguan nervus vagus dapat menyebabkan persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru (Muttaqin, 2008).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi pada masalah pada nervus 10 (sensasi

faring, gerakan pita suara), dikarenakan nervus vagus tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

i) Asesorius

Berdasarkan data pengkajian didapatkan klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kiri.

Secara teori nervus asesorius pada klien CVA dapat menyebabkan kesulitan dalam mengangkat bahu atau memutar kepala menahan tahanan (Muttaqin, 2008).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi pada masalah pada nervus 11 (peregerakkan bahu dan kepala), dikarenakan nervus asesorius tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

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

Menurut SDKI (2017), diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan CVA yaitu sebanyak 12 diagnosa keperawatan, yaitu risiko perfusi jaringan serebral, gangguan persepsi sensorik, gangguan komunikasi verbal, gangguan mobilitas fisik, defisit nutrisi, defisit perawatan diri, nyeri akut, bersihan jalan napas tidak efektif, risiko jatuh, gangguan integritas kulit, penurunan kapasitas adaptif intracranial, dan gangguan menelan.

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat terdapat kesenjangan antara fakta dan teori dimana diagnosa yang muncul pada klien hanya 3 diagnosa yaitu Gangguan perfusi jaringan cerebral, gangguan mobilitas fisik, dan komunikasi verbal. Sedangkan secara teori klien dengan CVA diagnosa yang muncul ada 12. Menurut penulis, pada diagnosa Defisit Perawatan Diri tidak muncul dikarenakan klien hanya mengalami hemiparesis, sehingga klien masih mampu memenuhi ADL nya meskipun dibantu oleh keluarga, lalu pada diagnosa Gangguan kebutuhan Nutrisi tidak muncul karena tidak ditemukan adanya disfagia ataupun anoreksia pada klien, sehingga intake nutrisi masih terpenuhi. Pada diagnosa Gangguan persepsi sensorik tidak muncul karena tidak ada gangguan pada persepsi dan fungsi sensorik klien, yakni klien masih bisa merasakan sentuhan/rangsangan dan juga tidak ada gangguan pada sistem penglihatan. Pada diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif tidak muncul karena klien tidak ada masalah dalam sistem jalan napas. Penulis berpendapat bahwa

diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul pada data aktual klien itu sendiri sehingga diagnosa yang muncul hanya 3 diagnosa yang dapat dirumuskan.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada klien dengan CVA Infark disusun berdasarkan teori yang telah ada, yaitu diambil dari (Tarwoto, 2013) dan disesuaikan dengan SOP (Standart Operasional Prosedur) yang ada di lokasi pengambilan data. Berdasarkan diagnosa yang sudah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien, pada diagnosa risiko perfusi jaringan cerebral ada 14 intervensi yang direncanakan, pada diagnosa gangguan mobilitas fisik ada 10 intervensi yang direncanakan, dan pada diagnosa gangguan komunikasi verbal ada 12 intervensi.

Intervensi keperawatan merupakan suatu perawatan yang dilakukan perawat berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan perawat untuk meningkatkan outcome klien/klien. Rencana keperawatan merupakan rencana tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan, hasil, tindakan, dan kemajuan klien (S. D. Sari 2019).

Peneliti berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan teori dan fakta pada intervensi. Intervensi sudah disusun berdasarkan teori dan disesuaikan dengan kebutuhan klien. Karena menyesuaikan kondisi actual pada klien dan menyesuaikan standar operasional yang berlaku pada lokasi pengambilan data.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan menggunakan intervensi yang sudah disusun. Implementasi dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 13 Maret 2025 sampai 15 Maret 2025. Berdasarkan intervensi yang telah direncanakan, implementasi yang dapat dilakukan pada diagnosa risiko perfusi jaringan serebral sebanyak 6, pada diagnosa gangguan mobilitas fisik dari intervensi yang sudah dirumuskan, implementasi yang dapat dilakukan sebanyak 5, dan pada diagnosa gangguan komunikasi verbal dari intervensi yang sudah direncanakan, implementasi yang dapat dilakukan sebanyak 6.

Secara teori implementasi/pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan pencegahan penyakit pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping perencanaan asuhan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik, jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi asuhan keperawatan. selama tahapan implementasi, perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan pasien (Siregar 2019).

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat bahwa ditemukan adanya kesenjangan teori dan fakta, dimana pada diagnosa risiko perfusi jaringan serebral intervensi yang dapat diimplementasikan

terhadap klien sebanyak 6 sedangkan menurut teori terdapat 14 intervensi lalu pada diagnosa gangguan mobilitas fisik intervensi yang dapat diimplementasikan pada klien sebanyak 5 sedangkan menurut teori terdapat 10 intervensi dan pada diagnosa gangguan komunikasi verbal intervensi yang dapat diimplementasikan terhadap klien sebanyak 6 sedangkan menurut teori terdapat 12 intervensi.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP dan peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan selama 3 hari. Saat melakukan evaluasi sampai hari ketiga pada diagnosa risiko perfusi jaringan serebral masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, peningkatan TIK tidak ada dan gangguan lebih lanjut tidak ada. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria klien mampu mempertahankan kekuatan tubuh, klien dapat mendemonstrasikan teknik/perilaku melakukan aktivitas. Pada diagnosa gangguan komunikasi verbal masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria klien mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal, mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar, dan klien mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain.

Berdasarkan teori evaluasi yaitu penilaian hasil dan proses. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Kurniati 2017).

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

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan dari analisis asuhan keperawatan pada klien dengan diagnose medis CVA Infark di ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Dari data pengkajian yang telah di dapatkan peneliti, di temukan bahwa tidak semua tanda-tanda ditemukan pada Ny."M". Ada beberapa kesenjangan antara teori dan fakta dari klien meliputi riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, pola kognitif dan sensori presepsi, pemeriksaan fisik dan pada syaraf kranial.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dari penyakit CVA ditemukan pada klien, maka semua diagnosa keperawatan tidak dimunculkan. Peneliti hanya merumuskan beberapa diagnosa diantaranya risiko perfusi jaringan serebral berhubungan dengan tekanan darah tinggi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, dan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disatria.

5.1.3 Intervensi

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

5.1.4 Implementasi

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun peneliti. Dalam pelaksanaannya, tidak semua rencana yang telah disusun dapat diimplementasikan karena menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien serta standar yang ada 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 Ny “M” mulai ada perubahan, meskipun belum mencapai hasil yang maksimal karena keterbatasan waktu pelaksanaan implementasi dan waktu perawatan. Mengingat pemulihan penyakit CVA membutuhkan waktu yang tidak singkat, maka perlu perawatan yang intensif dan berkelanjutan

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Lahan Penelitian

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 dengan cara memberikan asuhan keperawatan sehingga mampu meningkatkan status kesehatan klien. Selain memberikan asuhan keperawatan, juga memberikan penyuluhan tentang perawatan pada klien CVA setelah diperbolehkan pulang dari rumah sakit. Dengan demikian diharapkan akan mengurangi komplikasi yang mungkin terjadi dan juga mempercepat proses penyembuhan terutama pada klien yang mengalami kelemahan fungsi tubuh.

5.2.2 Bagi Intitusi

Bagi Institusi hasil penelitian ini di harapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar dan menambah ilmu pengetahuan khususnya bagi pendidikan keperawatan dan sebagai bahan kepustakaan untuk mahasiswa dalam penelitian selanjutnya, agar memberikan asuhan keperawatan pada klien CVA dengan lebih baik lagi.

5.2.3 Bagi Peneliti

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

5.2.4 Bagi Klien

Di harapkan klien dan keluarga mengikuti semua anjuran dari para medis agar dapat mempercepat proses penyembuhan. Pada klien yang telah mengalami kelemahan bisa melakukan terapi di rumah dengan cara melaksanakan gerakan aktif dan pasif dan sering kontrol ke Puskesmas terdekat ataupun ke Rumah Sakit

DAFTAR PUSTAKA

- App, J. c., 2019. *Mengejutkan! 14.591 Orang Tercatat Menderita Stroke*. [Online] Available at: <https://m.jpnn.com/news/mengejutkan-14591-orang-tercatat-menderita-stroke>
- Abdussamad, Zuhri. 2021. *No Title Metode Penelitian Kualitatif*.
- Anggraeni, Lusiana Dwi, and Wahyudi Widada. 2023. "Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Klien CVA Infark (Cerebrovaskuler Accident)." *Health & Medical Sciences* 1(4):1–10. doi: 10.47134/phms.v1i4.53.
- Astannudinsyah, Rusmegawati, and Candra Kusuma Negara. 2020. "Jurnal Medika Karya Ilmiah Kesehatan Vol 5, No.2. 2020 ISSN :'' *Medika Karya Ilmiah Kesehatan* 5(2).
- Batmomolin, Agnes. 2024. *Bunga Rampai Askep Dewasa Sistem Kardiovaskuler*. Media Pustaka Indo.
- Doenges, Marilyn E. 2018. *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Asuhan Klien Anak-Dewasa*. 9th ed. Jakarta: Dinas Perpustakaan dan Kearsipan Provinsi DKI Jakarta.
- Haryono, Rudi, and Maria Putri Sari Utami. 2019. *Keperawatan Medikal Bedah* 2. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Humas.yankes.kemkes. 2024. "Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan." *Kemenkes Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan* 1–5.
- Husnullail.M. 2024. "Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data Dalam Riset Ilmiah." *Genta Mulia* 15(2):70–78.
- Ilhami, Muhammad Wahyu, Wiyanda Vera Nurfajriani, Arivan Mahendra, Rusdy Abdullah Sirodj, and Win Afgani. 2024. "Penerapan Metode Studi Kasus Dalam Penelitian Kualitatif." *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan* 10(9):462–69.
- JPNN. 2019. "No Title Mengejutkan! 14.591 Orang Tercatat Menderita Stroke." *Www.Jpnn.Com*.
- Kabi, Glen Y. C. R., Rizal Tumewah, and Mieke A. H. N. Kembuan. 2015. "Gambaran Faktor Risiko Pada Penderita Stroke Iskemik Yang Dirawat Inap Neurologi Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Juli 2012 - Juni 2013." *E-CliniC* 3(1):1–6. doi: 10.35790/ec1.3.1.2015.7404.
- Kurniati, Dewi. 2017. "Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan."

- Lubis, Agnes Jessica. 2020. "Pengertian Dari Karakteristik Diagnosa Dan Menerapkan Proses Pengumpulan Data Sesuai Dengan Standar." 2.
- Muharom. 2022. "Asuhan Keperawatn Pada Pasien Dengan CVA (Cerebro Vaskuler Accient) Di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek."
- Muttaqin, Arif. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, Arif. 2014. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular Dan Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, Arif. 2019. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nuryuliani, Evi. 2024. "Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan." *Kemenkes Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan* 1–5.
- Pangaribuan, Resmi, Yuri Sutri Manjani, and Jemaulana Tarigan. 2021. "Mobilitas Fisik Pada Stroke Non Haemoragik Ekstermitas Atas Dengan Rom Aktif (Cylindrical Grip) Di Upt Pelayanan Sosial Lanjut Usia Binjai." *Jurnal Pendidikan Kesehatan*.
- Permatasari, Nia. 2020. "Perbandingan Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Motorik Pasien Memiliki Faktor Resiko Diabetes Melitus Dan Hipertensi." *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada* 11(1):298–304. doi: 10.35816/jiskh.v11i1.273.
- Pertama, Dengan Serang. 2024. "Gejala Primer Serangan Stroke Pada Pasien Dengan Serangan Pertama." 6:147–55.
- Ri, Kemenkes. 2019. "Kenali Stroke Dan Penyebabnya."
- Risnawati, Risnawati, Andi Herman, Fajar Kurniawan, Aidil Shafwan, Hermanto Hermanto, Umbu Nggiku Njakatara, Armayani Armayani, Ardianto Ardianto, Elmukhsinur Elmukhsinur, Irma Fidora, Halimah Hamilah, and Satria Perdana. 2021. *Dokumentasi Keperawatan*.
- Sahir, Syafrida Hafni. 2022. *Buku Ini Di Tulis Oleh Dosen Universitas Medan Area Hak Cipta Di Lindungi Oleh Undang-Undang Telah Di Deposit Ke Repository UMA Pada Tanggal 27 Januari 2022*.
- Sari, Khofifah Juniar. 2019. "Pedoman Dalam Melaksanakan Implementasi Keperawatan." *Keperawatan* 7.
- Sari, Suci Denita. 2019. "Intervensi Keperawatan Berdasarkan Nic Sebagai Panduan Perawat Dalam Upaya Peningkatan Kesehatan Pasien." *Journal of Chemical Information and Modeling* 53(9):1–10.
- Silfia, M. 2021. *Asuhan Keperawatan Pada Ny.m Dengan Gangguan Mobilitas*

Fisik Pada Diagnosa Medis Cva Infark Didesa Kepel Bugul Kidul Pasuruan.
Sidoarjo: Kertacendekia.

Sina, Ibnu. 2013. "Metodologi Penelitian." *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents* 12–26.

Siregar, Fanisa Nur. 2020. "Proses Keperawatan Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan." *Ilmu Keperawatan*.

Siregar, Rizka Safitri. 2019. "Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien." *Journal Keperawatan* 3(42):23–26.

Tarwoto. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan*. Il. Jakarta : Sagung Seto.

Vonny polopadang, Nur Hidayah. 2019. *Proses Keperawatan Pendekatan Teori Dan Praktik*. Januari 20. Pinrang: Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Indonesia Cerdas.

Wahyuni, Agustina Tri, and Jainuri Erik Pratama. n.d. *Profil Terapi Pasien Stroke Iskemik Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Pindad Turen Profile of Therapy Patiens of Ischemic Stroke at The Pindad Turen General Hospital Installation*.

Yunita, AA, ... AS Rachmawati-.... Book Seminar Nasional, and Undefined 2021. 2022. "Penerapan Posisi Head Up 30° Terhadap Nilai Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke." *Journal.Umtas.Ac.Id*.

*Lampiran 1***LEMBAR INFORMED CONSENT**

Nama saya Wahyu Setiyawati adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek mengharap partisipan klien sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CVA (CEREBRAL VASCULAR ACCIDENT) INFARK DI RUANG UNIT STROKE RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK”** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban anda yang diberikan sesuai dengan keluhan yang klien 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 klien telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Tanda tangan :



yayang utomo

Lampiran 2



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

Trenggalek, 24 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/96/2025

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 : WAHYU SETIYAWATI

NIM : P17240221014

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

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, 28 Februari s/d 03 Maret 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.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara

Lampiran 3



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, 08 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 96 /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.15.5/96/2025 tanggal 24 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : WAHYU SETIYAWATI
NIM : P17240221014
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Trenggalek

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "**Asuhan Keperawatan pada Klien CVA (Cerebro Vaskuler Accident) 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 Pengembangan dan Pengendalian



SUJIONO, SST., M.Kes
Pembina DINAS PPK
NIP. 197410201996031003

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 4



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

SURAT KETERANGAN

Nomor : 400.7.22.1/ *228* /406.010.001/18.00/2025

Yang bertandatangan di bawah ini Direktur RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek:

Nama : dr. MOKH. ROFIQ HINDIONO, M.M.R.S.
NIP : 196710302002121002
Pangkat/Gol. Ruang : Pembina Tk. I (IV/b)
Jabatan : Direktur
Unit Kerja : RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum di bawah ini:

Nama : WAHYU SETIYAWATI
NIM : P17240221014
Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
Institusi Pendidikan : Poltekkes Kemenkes Malang

sehubungan dengan pendidikan yang sedang dijalannya, benar-benar telah melaksanakan Praktik Klinik Keperawatan Medical Bedah, Keperawatan Anak, Keperawatan Maternitas, Keperawatan Jiwa, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik dan Keperawatan Kegawatdaruratan RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek, terhitung mulai tanggal 10 Februari 2025 s.d 12 April 2025.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Trenggalek, *24* Maret 2025
DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
KABUPATEN TRENGGALEK
dr. MOKH. ROFIQ HINDIONO, M.M.R.S
Pembina Tk. I, B
NIP. 196710302002121002

*Lampiran 5***FORMAT****ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
(PERAWATAN STROKE)****DISUSUN OLEH :****NAMA** : _____**NIM** : _____**KEMENTERIAN KESEHATAN RI****BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM
KESEHATAN****POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG****JURUSAN KEPERAWATAN****PRODI D3 KEPERAWATAN TRENGGALEK**



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 SEKARANG (P Q R S T)

.....

5. RIWAYAT KESEHATAN / PENYAKIT YANG LALU

.....

.....

.....

.....

6. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

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

d.	Kebersihan diri		
			
			
			

8. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

A. Konsep diri Konsep diri

- a. Identitas diri :
- b. Ideal diri :
- c. Harga diri :
- d. Peran :
- e. Gambaran diri :

B. Pola peran hubungan dengan orang lain :

C. Pola Seksual

D. Pola mekanisme koping

E. Pola kognisi dan persepsi sensori ;

- a. Status mental/emosional :
- b. Pola komunikasi :
- c. Orientasi :

9. DATA SPIRITUAL

.....

.....

.....

.....

.....

10. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum :

.....

.....

.....

.....

b. Tanda – tanda vital :

.....

.....

.....

.....

c. Pemeriksaan kepala dan leher :

.....
.....

d. Pemeriksaan integumen :

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

e. Pemeriksaan dada / thorax :

Inspeksi :.....
Palpasi :.....
Perkusi :.....
Auskultasi :

f. Pemeriksaan payudara :

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

g. Abdomen :

Inspeksi :.....
Auskultasi :.....
Perkusi :.....
Palpasi :

h. Genetalia :

.....
.....

i. Ekstremitas :

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

11. PEMERIKSAAN NEUROLOGIS

- a. Kesadaran/GCS :
-
- b. Kemampuan sensorik :
-
- c. Kemampuan motorik :
-
- d. Tanda peningkatan TIK :
-
- e. Tanda rangsangan meningeal :
-
- f. Reflek :
-
- g. Nervus cranialis :
-
- h.

12. PEMERIKSAAN PENUNJANG

.....

.....

.....

13. 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	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

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

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

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)



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 : Wahyu Setiyawati
NIM : P17240221014
Pembimbing : Ns. Dewi Wulandari., S. Kep., M. Kep
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA
(Cerebro Vascular Accident) Infark Di
Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo
Trenggalek

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	21 Januari 2024	- Konsultasi Judul - ACC judul - Dilanjutkan membuat latar belakang	
2.	22 Januari 2024	- Konsultasi latar belakang - Perbarui dengan data-data terbaru - Daftar pustaka rata kanan kiri	
3.	25 Januari 2024	- Batasan masalah langsung difokuskan ke CVA Infark - ACC BAB 1 - Lanjutkan BAB 2	
4.	21 Januari 2025	- Penulisan BAB 2 revisi - Runtutkan setiap konsep askep sesuai dengan juknis	

5.	22 Januari 2025	- Revisi bab 3 bagian desain penelitian - Penulisan kriteria diganti partisipan - Penulisan daftar pustaka disesuaikan	
6.	24 Januari 2025	- Melengkapi daftar pustaka - Melengkapi bagian-bagian proposal	
7.	27 Januari 2025	- Lembar pengesahan belum ada - Daftar isi bagian BAB 2 ada garisnya - Revisi pada daftar gambar dan daftar lampiran garisnya dihapus - Daftar pustaka rata kanan kiri	
8.	28 Januari 2025	- ACC, persiapan seminar proposal - Lanjutkan membuat ppt	
9.	17 April 2025	- Pada diagnosa gangguan perfusi serebral diganti dengan risiko menyesuaikan di SDKI - Jam pada implementasi disama ratakan - Kata-kata memantau di implementasi diganti menilai - Opini pada pembahasan ditambah alasan	
10.	23 April 2025	- Semua kalimat “proposal” diganti dengan karya tulis ilmiah - Opini pada pembahasan diperbaiki lagi	

11.	24 April 2025	- Abstrak ditambah pengertian askep - Waktu penelitian pada BAB 3 kalimatnya diganti dan disesuaikan dengan tanggal penelitian	
12.	25 April 2025	- ACC KTI	
13.	23 Mei 2025	- Kata pengantar direvisi sesuai arahan - ACC	



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 : Wahyu Setiyawati
NIM : P17240221014
Dosen Penguji : Ns. Elok Yulidaningsih., S. Kep., M.Kep
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA
(Cerebro Vascular Accident) Infark Di
Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo
Trenggalek

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	13 Februari 2025	- Dapus dikoreksi ulang - Manifestasi klinis dikoreksi	
2.	17 Februari 2025	- Konsep askep sesuai dengan teori yang ada dari buku - Benahi untuk latar belakang di hal 1 dan 3	
3.	18 Februari 2025	- ACC, penelitian	
4.	15 Mei 2025	- Revisi pengumpulan data	
5.	19 Mei 2025	- ACC KTI	