

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CVA INFARK DI RUANG
UNIT STROKE RSUD Dr. SOEDOMO TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH



DEPI PRASETYO

(P17240221027)

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI 3 KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES MALANG
KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK**

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CVA 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**



DEPI PRASETYO

(P17240221027)

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI 3 KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES MALANG
KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK**

2025

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Depi Prasetyo

Tempat, tanggal lahir : Blitar, 23 Januari 2003

Agama : Islam

Alamat : RT.003/004, Desa Kampung
Baru, Kecamatan wlingi,
Kabupaten Blitar



Riwayat pendidikan :

1. 2009 – 2010 : TK Pertiwi Beru 01
2. 2010 – 2016 : SDN Beru 01
3. 2016 – 2019 : SMPN 1 Wlingi
4. 2019 – 2022 : SMAN 1 Talun
5. 2022 – 2025 : Poltekkes Kemenkes Malang Prodi Diploma 3 Kampus
Kabupaten Trenggalek

PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS ILMIAH

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Depi Prasetyo

Tempat, tanggal lahir : Blitar, 23 Januari 2003

NIM : P17240221027

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 Proposal Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

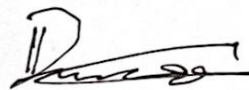
Mengetahui

Pembimbing



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

Yang Menyatakan



Depi Prasetyo
NIM. P17240221027

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Depi Prasetyo (P17240221027) dengan judul
**“Asuhan Keperawatan Pada Pasien *CVA Infark* Di Ruang Unit Stroke RSUD
dr. Soedomo Trenggalek”**. Telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 29 April 2025
Pembimbing



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

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Depi Prasetyo (P17240221027) dengan judul
“Asuhan Keperawatan Pada Pasien *CVA Infark* Di Ruang Unit Stroke RSUD
dr. Soedomo Trenggalek”, telah dipertahankan didepan dewan penguji pada 05
mei 2025

Ketua Penguji

Anggota Penguji



Mimik Christiani, S.ST., M. Kes
NIP. 19691218 199403 2 005



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

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



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

MOTTO

“Sesungguhnya Bersama Kesulitan Ada Kemudahan”

(Q.S Al-Insyirah:5)

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

(Edwar Satria)

PERSEMBAHAN

Yang Utama Dari Segalanya....

Sembah sujud dan puji syukur ke hadirat Allah SWT. Tuhan semesta alam yang telah mencurahkan kasih dan sayang-Nya. Atas limpahan rahmat serta hidayah-Nya langkah kecil ini mampu merajut asa demi asa hingga akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya. Sholawat serta salam senantiasa terlimpahkan pada Baginda Rasulullah Muhammad SAW.

Untuk Bapak dan Ibu

Untuk kedua orang tua saya Bapak Sukadi dan Widartin, dua orang yang sangat berarti di hidup saya dua orang yang selalu mengusahakan anak bungsu ini menempuh pendidikan setinggi-tingginya. Kepada bapak, terimakasih atas setiap cucuran keringat dan kerja keras yang engkau tukarkan menjadi sebuah nafkah demi anakmu bisa sampai tahap ini, demi anakmu mengenyam pendidikan sampai ke tingkat ini, dan terimakasih telah menjadi contoh untuk menjadi seorang laki-laki yang bertanggung jawab penuh terhadap keluarga. Untuk ibu ku, terimakasih atas segala motivasi, pesan, doa, dan harapan yang selalu mendampingi setiap langkah dan ikhtiar anakmu untuk menjadi seseorang yang berpendidikan, terimakasih atas kasih sayang tanpa batas yang tak pernah lekang oleh waktu, atas kesabaran selalu mengiringi perjalanan hidup saya, terimakasih telah menjadi sumber kekuatan inspirasi, serta pelita yang tak pernah padam setiap langkah penulis tempuh. Terimakasih atas segala hal yang kalian berikan yang tak terhitung jumlahnya. Ku mohon tetaplah tersenyum untuk melihat kesuksesanku, melihat aku menyandang gelar Ahli Madya di belakang namaku dan selalu

membanggakan untuk kalian bapak dan ibuku.

Untuk Kakak

Kepada kakak saya Avik Arianto , terimakasih telah memberikan dukungan, pengarahan, selalu memberikan bantuan baik material maupun non-material dan mau menjadi tempat keluh kesah si bungsu dalam menuntaskan perkuliahannya.

Dosen Pembimbing Tugas Akhirku

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

Seluruh Dosen Pengajar dan seluruh staff karyawan Prodi D3 Keperawatan Trenggalek

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

Aamiin....

Untuk Teman- Teman seperjuangan

Untuk Teman-Teman seperjuangan, Terima kasih untuk teman-temanku semua atas segala pengalaman dan cerita yang pastinya akan saya rindukan dimasa nanti.

Terima kasih sudah mau berjuang bersama hingga kita bisa lulus bersama.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmatnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien *CVA Infark* Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek ” sesuai yang ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Malang Program Studi Diploma 3 Keperawatan 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 Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
3. Ns.Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan dorongan, perhatian, bimbingan, pengarahan serta saran sehingga terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.

4. Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep., selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberi pengarahan , revisi dan saran kepada penulis dalam menyempurnakan isi dari Karya Tulis Ilmiah.

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

Trenggalek, 22 Januari 2025

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN MALANG
PROGRAM STUDI D3 KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK 2025**

ABSTRAK

Depi Prasetyo (2003). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA Infark Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi DIII Keperawatan Malang, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing : Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep., Mkep.,

Cerebro Vascular Accident (CVA) merupakan kerusakan fungsi otak yang timbul akibat berkurangnya aliran darah ke otak. *CVA Infark* merupakan penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan. Tujuan penelitian ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif serta menganalisis kesenjangan antara fakta dan teori pada pasien dengan *CVA Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Penelitian menggunakan deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus dan dilakukan pada 09-11 April 2025. Penelitian ini memperoleh data dan wawancara, pemeriksaan fisik, pengumpulan data, observasi secara langsung, dan analisa dilakukan dengan cara membandingkan antara fakta, teori dan opini dalam bentuk tabel. Hasil penelitian pada Tn. S menunjukkan kesenjangan teori dan fakta yaitu Riwayat penyakit keluarga, pola nutrisi dan cairan, pola tidur, pola eliminasi, pola kognitif dan sensori persepsi, keadaan umum, pemeriksaan fisik meliputi (mata, hidung, abdomen, genitalia) dan pada pemeriksaan saraf. Masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan hipertensi, dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Intervensi pada gangguan perfusi serebral adalah menilai peningkatan tanda-tanda TIK sedangkan pada gangguan mobilitas fisik adalah mengajarkan mobilitas sederhana berupa latihan ROM. Evaluasi dilakukan selama tiga hari dengan menggunakan SOAP. Studi kasus ini diharapkan menjadi sumber informasi bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan asuhan keperawatan

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan CVA Infark, Pasien

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN MALANG
PROGRAM STUDI D3 KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK 2025**

ABSTRACT

Depi Prasetyo (2003). Nursing Care for CVA Infarction Patients in the Stroke Unit of Dr. Soedomo Hospital, Trenggalek. Scientific Paper Case Study, DIII Nursing Study Program, Malang, Nursing Department, Health Polytechnic, Ministry of Health, Malang. Advisor: Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep.,Mkep.,

Cerebro Vascular Accident (CVA) is a brain function disorder that occurs due to reduced blood flow to the brain. CVA Infarction is a blockage and disruption of blood flow to the brain due to clots or clumps. The purpose of this study is to provide comprehensive nursing care and analyze the gap between facts and theories in patients with CVA Infarction in the Stroke Unit of Dr. Soedomo Hospital, Trenggalek. The study used qualitative descriptive with a case study approach and was conducted on April 9-11, 2025. This study obtained data and interviews, physical examinations, data collection, direct observation, and analysis was carried out by comparing facts, theories and opinions in the form of tables. The results of the study on Mr. S showed a gap between theory and facts, namely family history of disease, nutritional and fluid patterns, sleep patterns, elimination patterns, cognitive and sensory perception patterns, general condition, physical examination including (eyes, nose, abdomen, genitalia) and on neurological examination. The nursing problems that emerged were impaired cerebral tissue perfusion related to hypertension, and impaired physical mobility related to decreased muscle strength. Interventions for impaired cerebral perfusion are to assess increased signs of ICP while for impaired physical mobility is to teach simple mobility in the form of ROM exercises. The evaluation was carried out for three days using SOAP. This case study is expected to be a source of information for further researchers in carrying out nursing care

Keywords: Nursing Care for CVA Infarction, Patients

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	ii
PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS ILMIAH	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
LEMBAR PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR.....	xi
ABSTRAK	xii
ABSTRACT	xiii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xxi
DAFTAR ISTILAH.....	ix
DAFTAR SINGKATAN.....	xxiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah.....	5
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus.....	6

1.5 Manfaat	6
1.5.1 Manfaat Teoritis	6
1.5.2 Manfaat Praktis	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Dasar <i>CVA (Cerebral Vaskuler Accident)</i>	8
2.1.1 Definisi <i>CVA Infark</i>	8
2.1.2 Klasifikasi <i>CVA Infark</i>	9
2.1.3 Etiologi <i>CVA Infark</i>	10
2.1.4 Faktor Resiko	11
2.1.5 Manifestasi Klinis	12
2.1.6 Patofisiologi	20
2.1.7 Komplikasi <i>CVA Infark</i>	19
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	21
2.1.9 Penatalaksanaan.....	22
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien <i>CVA Infark</i>	24
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	25
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	33
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	46
2.2.4 Tindakan Keperawatan (Implementasi)	61
2.2.5 Evaluasi	61
BAB 3 METODE PENELITIAN	63
3.1 Rancangan Penelitian.....	63
3.2 Batasan Istilah.....	63
3.3 Partisipan	64

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	65
3.4.1 Lokasi Penelitian	65
3.4.2 Waktu Penelitian	65
3.5 Pengumpulan Data.....	65
3.5.1 Bahan/Instrumen	65
3.5.2 Metode Pengumpulan Data	65
3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data	66
3.6 Uji Keabsahan Data	67
3.7 Analisis Data.....	68
3.7.1 Pengumpulan Data	69
3.7.2 Mereduksi Data	69
3.7.3 Penyajian Data	69
3.7.4 Kesimpulan	69
3.8 Etika Penelitian.....	70
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	70
4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	70
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	70
4.1.2 Pengkajian.....	70
4.1.3 Analisa Data.....	79
4.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	80
4.1.5 Intervensi.....	82
4.1.6 Implementasi.....	84
4.1.7 Evaluasi.....	86
4.1.8 Catatan perkembangan.....	88

4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan	92
4.2 Pembahasan.....	104
4.2.1 Pengkajian.....	104
4.2.2 Diagnosa.....	109
4.2.3 Implementasi.....	110
4.2.4 Evaluasi.....	111
BAB 5 PENUTUP.....	117
5.1 Kesimpulan.....	117
5.1.1 Pengkajian.....	117
5.1.2 Diagnosa.....	117
5.1.3 Intervensi.....	118
5.1.4 Implementasi.....	118
5.1.5 Evaluasi.....	118
5.2 Saran	119
5.2.1 Bagi lahan penelitian.....	119
5.2.2 Bagi institusi	119
5.2.3 Bagi peneliti sebelumnya	119
5.2.4 Bagi pasien.....	120
5.2.5 Bagi penulis.....	120
DAFTAR PUSTAKA.....	104

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tingkat Kesadaran Kuantitatif	33
Tabel 2.2 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik.....	35
Tabel 2.3 Batasan Karakteristik Gangguan Komunikasi Verbal	36
Tabel 2.4 Batasan Karakteristik Gangguan Persepsi Sensori.....	37
Tabel 2.5 Batasan Karakteristik Defisit Perawatan Diri	38
Tabel 2.6 Batasan Karakteristik Gangguan Eliminasi Urin	39
Tabel 2.7 Rencana Keperawatan CVA	40
Tabel 4.1 Identitas Umum	53
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit Enit Ste.....	54
Tabel 4.3 Pola Fungsi Kesehatan 1	55
Tabel 4.4 Pola Fungsi Kesehatan 2	56
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik.....	57
Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Laboratorium	59
Tabel 4.7 Penatalaksanaan Terapi	61
Tabel 4.8 Analisa Data	62
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan.....	63
Tabel 4.10 Intervensi	65
Tabel 4.11 Implementasi	68
Tabel 4.12 Evaluasi	69
Tabel 4.13 Catatan Perkembangan	71
Tabel 4.14 Catatan Perkembangan	73
Tabel 4.15 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan	75

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi <i>CVA Infark</i> (Padila, 2012)	15
Gambar 4.1 Genogram	54

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan (Inform Consent)	57
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	58
Lampiran 3 Format Pengkajian Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA.....	59
Lampiran 4 Lembar Konsultasi.....	72

DAFTAR ISTILAH

Abdomen	: Rongga tubuh terbesar yang terletak tepat dibawah toraks dan pisahkan dari rongga toraks oleh diafragma.
Afasia	: Kesulitan dalam bicara.
Ambulasi	: Tindakan berjalan atau bergerak dari satu tempat ke tempat lain.
Analgesik	: Obat untuk menghilangkan nyeri, berhubungan dengan obat analgesia, bahan yang dapat mengurangi nyeri tanpa menyebabkan hilangnya kesadaran.
Aritmia	: Gangguan irama jantung, suatu kondisi dimana jantung berdenyut tidak menentu.
Arteri karotis interna	: Membantu menyuplai darah ke otak.
Atropi	: Pengecilan atau penyusutan jaringan otot atau jaringan saraf.
Autoregulasi	: Kemampuan untuk mempertahankan aliran darah <i>konstan</i> dalam perubahan tekanan <i>perfusi</i> .
Bladder	: Suatu kantong <i>membranosa</i> , seperti yang bertindak sebagai wadah untuk <i>sekresi</i> , terutama kandung kemih.
Dehidrasi	: Kehilangan cairan tubuh terlalu banyak.
Dekubitus	: Luka tekanan akibat berbaring lama.
Diastole	: Tekanan terendah dimana tekanan darah jatuh diantara kontraksi <i>ventrikel</i> .
Diplopia	: Gangguan penglihatan.
Disatria	: Bicara cedal atau pelo.

Disfagia	: Kesulitan menelan.
Edema	: Penumpukkan dalam tubuh atau pembekakan.
Ekstremitas	: Anggota gerak tubuh.
Ekstraseluler	: Diluar sel.
Elektrolit	: Garam yang <i>terionisasi</i> (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 atau benda asing yang terbawa ketersangkutanya oleh aliran darah.
Endokarditis	: Infeksi lapisan dalam jantung (<i>endokardium</i>).
Eritrosit	: Sel darah merah yang membawa <i>oksigen</i> kedalam sel-sel tubuh dan <i>karbondioksida</i> keluar dari sel-sel tubuh.
Fibrilasi atrium	: Kondisi dimana ruas atas jantung (<i>atrium</i>) berdenyut terlalu cepat dan kacau.
Hematokrit	: Proporsi volume darah yang terdiri dari sel darah merah.
Hematoma	: Kumpulan darah diluar pembuluh darah, biasanya pada tempat dimana dinding pembuluh darah tertusuk atau mengalami trauma.
Hemiparesis	: Kelemahan yang mengenai satu sisi tubuh.
Hemiplegi	: Kelumpuhan salah satu sisi tubuh secara mendadak.
Hemoglobin	: <i>Pigmen</i> pembawa <i>oksigen</i> di bentuk oleh <i>eritrosit</i> yang berkembang dalam sum-sum tulang.
Hemoragik	: Perdarahan.

Hiperglikemi	: Kadar gula tinggi dalam darah.
Hiperkolesterol	: Suatu keadaan dimana kolesterol dalam tubuh sudah melebihi kadar normal dalam darah.
Hipertensi	: Peningkatan tekanan darah melebihi 140/90 mmHg
Hipoksia	: Kekurangan oksigen dalam otak.
Homeostasis	: Suatu kondisi keseimbangan internal yang ideal, dimana semua sistem tubuh bekerja dan berinteraksi dalam cara yang tepat untuk memenuhi semua kebutuhan dari tubuh.
Ikterus	: Kondisi dimana tubuh memiliki terlalu banyak <i>bilirubin</i> sehingga kulit dan mata menjadi kuning.
Infark	: Daerah nekrosis iskemik terbatas yang disebabkan oleh <i>oklusi supali arteri</i> atau <i>vena</i> pada bagian tersebut.

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity of Daily Living</i>
AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
BB	: Berat Badan
CVA	: <i>Cerebral Vaskuler Akut</i>
EEG	: <i>Elektro Encephalografi</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
HB	: Hemoglobin
MRS	: Masuk Rumah Sakit
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
RR	: <i>Respiration Rate</i>
TIA	: <i>Transient Iskemik Attack</i>
TIK	: Tekanan Intra Kranial
TTV	: Tanda-tanda Vital
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses pemberian pelayanan kepada pasien meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Asuhan keperawatan dilakukan kepada pasien secara langsung untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan fisiologis (nutrisi, temperatur, eliminasi, tempat tinggal, istirahat), keamanan dan keselamatan, cinta dan rasa memiliki, harga diri dan aktualisasi. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang paling kuat dan mendesak karena berkaitan dengan kelangsungan hidup manusia, sehingga kebutuhan fisiologis tidak mungkin ditunda dengan berfokus pada kondisi sakit salah satunya pada penderita stroke. *Cerebro Vascular Accident (CVA)* atau CVA merupakan suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain penyakit pembuluh darah. Penyebab terjadinya CVA ketika pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah mengakibatkan sebagian otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen yang diperlukan sehingga mengalami kematian sel/jaringan. (Kementrian Kesehatan, 2018). Kebanyakan kasus *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)*, yang menyerang masyarakat dunia ialah *CVA Infark*. Apa itu *CVA Infark* yaitu penyumbatan yang terjadi pada otak, hal ini

menyebabkan gangguan fungsi otak secara mendadak yang mengakibatkan aliran darah dan oksigen ke otak terganggu (*hipoksia*) sehingga terjadi kematian jaringan otak yang mengakibatkan penderitanya mengalami kelumpuhan hingga kematian. *CVA infark* adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah ke otak terjadi akibat pembentukan trombus di *arteri cerebrum* atau *embolis* yang mengalir ke otak (Lestari Inka,2024). *CVA infark* merupakan jenis penyakit yang sering terjadi kemungkinan besar penyakit tersebut di sebabkan oleh gaya hidup yang kurang sehat seperti sering mengkonsumsi makanan yang mengandung kolestrol atau lemak. Pada *CVA Infark* tanda dan gejala yang sering ditemui meliputi peningkatan tekanan darah, pusing, mengalami kelemahan otot, rasa kebas, bicara pelo, nyeri kepala, mual muntah, kesulitan menelan, dan pandangan kabur (Natasya, 2023). Pertolongan pada pasien *CVA Infark* di butuhkah penanganan cepat dan tepat, kewaspadaan mengenai tanda dan gejala *CVA Infark* sangat di perlukan untuk menentukan keberhasilan dalam penanganan pasien *CVA Infark*, semakin cepat terdeteksi semakin besar keberhasilan dalam mengurangi kecacatan dan kematian (Kusyani, 2022)

Pada tahun 2022, *CVA* merupakan penyebab utama kecacatan di seluruh dunia dan penyebab kematian nomor dua(WHO,2022). Lembar Fakta *CVA* Global mengungkapkan bahwa risiko seumur hidup terkena *CVA* telah meningkat sebesar 50% selama 17 tahun terakhir dan kini 1 dari 4 orang diperkirakan terkena *CVA* seumur hidupnya (WHO, 2022). Dari tahun 1990 hingga 2019, terjadi peningkatan kejadian *CVA* sebesar 70%, peningkatan kematian akibat *CVA* sebesar 43%, peningkatan prevalensi *CVA* sebesar 102%,

dan peningkatan Disability *Adjusted* Life Years (DALY) sebesar 143%. Hal yang paling mencolok adalah sebagian besar beban *CVA* global (86% kematian akibat *CVA* dan 89% DALY) terjadi di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah ke bawah. Beban yang tidak proporsional yang dialami oleh negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah telah menimbulkan masalah yang belum pernah terjadi sebelumnya bagi keluarga-keluarga dengan sumber daya yang terbatas (WHO, 2022). Prevalensi *CVA* di Indonesia tahun 2022 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur lebih dari 15 tahun sebesar (10,9%) atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang (Kemenkes KI, 2023). Menurut sumber dari SI Surveilands (2021) kasus *CVA* di Jawa Timur pada tahun 2021, menunjukkan bahwa kasus *CVA* tertinggi (> 1.357 kasus) berada di Kota Surabaya, Kabupaten Gresik, Kabupaten Sidoarjo, Kabupaten Jember, Kabupaten Bangkalan, Kabupaten Madiun, Kabupaten Trenggalek, Kabupaten Ngawi, Kabupaten Tulungagung, dan Kabupaten Banyuwangi. Sedangkan kasus *CVA* terendah (<245 kasus) berada di Kabupaten Pamekasan, Kabupaten Mojokerto, Kabupaten Sumenep, Kabupaten Tuban, Kota Pasuruan, Kabupaten Situbondo, Kota Kediri, Kabupaten Sampang, Kota Batu, dan Kota Mojokerto . Menurut data dari RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2022 sebanyak 775 penderita *CVA* Infark. Pada tahun 2023 mulai bulan Januari hingga bulan Februari jumlah kasus *CVA* Infark di ruang Unit *CVA* sebanyak 125 kasus (Arnasya, 2023).

Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark disebabkan oleh *tromboli* dan *emboli* di otak. *Trombolis* penyumbatan dan terganggunya aliran darah karna adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan penurunan oksigen dalam

darah yang akan menuju ke otak menurun menyebabkan *CVA*. *Embolis* berasal dari udara, tumor, lemak yang ada pada saluran darah sehingga menimbulkan penyumbatan pembuluh darah otak (Hariyanto, 2025). Ada juga disebabkan oleh beberapa factor di antaranya yang tidak dapat dirubah seperti genetic, jenis kelamin, dan usia. Sedangkan factor yang dapat dirubah adalah hipertensi, gaya hidup seperti perilaku merokok, konsumsi alcohol, dan diabetes melitus (Suwaryono, 2019). Pada *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* gangguan ini menyebabkan terganggunya aliran oksigen otak akibat adanya penyumbatan karna plak-plak dan gumpalan pada arteri otak. Mengakibatkan kerusakan pada jaringan dan sel otak ini menyebabkan kelumpuhan sebagian atau seluruhnya pada bagian tubuh yang terkena, pada kondisi yang terburuk akan mengakibatkan kematian (Maulida, 2018).

Penatalaksanaan terapi pada *CVA Infark* ada dua metode yaitu secara farmakologis dan non farmakologis yang bertujuan untuk memperlancar sirkulasi darah ke otak (Tarwoto, 2013). Tindakan secara farmakologis seperti pemberian terapi antikoagulasi untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombosis atau emboli dari tempat lain dalam sistem kardiovaskuler dan diuretik pemberian diuretik bertujuan untuk menurunkan edema serebral. Tindakan non farmakologis seperti terapi cairan yang dilakukan untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah serta terapi oksigen sangat dibutuhkan untuk menyuplai aliran darah ke otak (Tarwoto, 2013). Upaya perubahan dilakukan dengan cara memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarganya, serta terapi obat sesuai dengan terapi dokter, memberi asuhan keperawatan kepada pasien CVA dan penanganan yang komperhensif

sesuai dengan keadaan pasien (Mulyatsih, 2018). Peran perawat dalam menangani pasien *CVA Infark* yaitu memberikan asuhan keperawatan sebagai tindakan mandiri untuk mencegah terjadinya komplikasi berkaitan dengan permasalahan keperawatan yang muncul pada pasien tersebut, yang meliputi pengkajian, mendiagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi yang tepat. Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan penelitian study kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien CVA Infark di Ruang Unit CVA RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah Asuhan Keperawatan pada penulisan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini dibatasi pengambilan kasus CVA infark dengan kesadaran composmetis yang mengalami kelemahan ekstremitas atas atau bawah atau kedua ekstremitas yang membutuhkan perawatan di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, diperoleh rumusan masalah sebagai berikut : “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Klien *CVA Infark* di Ruang Unit Stoke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek ?”

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah memberikan Asuhan Keperawatan dan menganalisa antara fakta dan teori pada klien yang mengalami *CVA Infark* di Ruang Unit Stoke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan Pengkajian Asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami *CVA Infark* di Ruang Unit Stoke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.
- 2) Merumuskan Diagnosa Keperawatan pada klien yang mengalami *CVA Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.
- 3) Menyusun Rencana Tindakan Asuhan Keperawatan yang tepat pada klien yang mengalami *CVA Infark* di Ruang Unit Stoke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.
- 4) Melakukan tindakan Asuhan Keperawatan yang tepat pada klien yang mengalami *CVA Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.
- 5) Melakukan evaluasi tindakan Asuhan Keperawatan pada klien *CVA Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.
- 6) Menganalisa antara Teori dan Fakta Asuhan Keperawatan pada klien *CVA Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.

1.5 Manfaat

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 Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Penulis

Bagi penulis diharapkan dapat digunakan sebagai pengetahuan dan menambah wawasan tentang ilmu asuhan keperawatan pada klien *CVA Infark*.

2) Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan sebagai tambahan informasi dan bahan kepustakaan dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien *CVA Infark* dan sebagai pengembangan ilmu pengetahuan tentang keperawatan pada klien *CVA Infark*.

3) Bagi Perawat

Bagi perawat rumah sakit diharapkan penelitian ini digunakan sebagai sumber pengetahuan dan strategi pelaksanaan bagi perawat dalam memberikan sebuah asuhan keperawatan dirumah sakit pada klien *CVA Infark*.

4) Bagi Peneliti

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat menjadi panduan untuk penelitian pada asuhan keperawatan pada klien *CVA Infark*.

5) Bagi Klien

Bagi klien diharapkan dapat memberikan pengetahuan tentang informasi dalam keperawatan pada klien *CVA Infark* agar meminimalkan terjadinya resiko yang lebih lanjut.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar CVA (*Cerebral Vaskuler Accident*)

2.1.1 Definisi CVA *Infark*

Cerebro Vaskuler Accident (CVA) adalah pecahnya pembuluh darah otak secara mendadak dengan akibat penurunan fungsi neurologis (Haryanto,2015).

CVA adalah tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global, dengan gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain selain vaskuler (World Health Organization [WHO], 2014).

CVA adalah kumpulan gejala klinis berupa gangguan dalam sirkulasi darah sebagian otak yang menyebabkan gangguan perfusi baik lokal atau global yang terjadi secara mendadak, progresif dan cepat yang umumnya menyebabkan hemiparasis pada penderita CVA (Hendri, 2015). Sedangkan menurut (Indah Permata, 2015).CVA adalah gejala-gejala defisit fungsi saraf yang diakibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak. Beberapa definisi dapat disimpulkan bahwa CVA merupakan kerusakan jaringan otak atau defisit neurologis yang disebabkan karena terhentinya suplai darah ke otak karena adanya sumbatan maupun perdarahan yang menyebabkan sel-sel pada otak kurang pasokan oksigen.

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

2.1.2 Klasifikasi *CVA Infark*

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

- 1) Pada CVA iskemik terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak menurun. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan, tetapi timbul edema sekunder.
- 2) Trombosis : penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik
- 3) Emboli : emboli yang dapat berasal dari udara, tumor, lemak, dan bakteri yang ada pada saluran darah sehingga menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah otak.

- 4) Penyempitan lumen arteri : bisa terjadi karena infeksi, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2.1.3 Etiologi CVA *Infark*

Menurut Muttaqin (2008) penyebab terjadinya *CVA Infark* diantaranya :

1) *Trombosis Serebral*

Trombosis ini terjadi karena berkurangnya kelenturan atau elastisitas pembuluh darah (Arteriosklerosis), sehingga mengalami oklusi dan menyebabkan iskemi pada jaringan otak, yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis sering kali memburuk pada 48 jam setelah thrombosis.

Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak :

- a) Aterosklerosis
- b) Hiperkoagulasi pada polisitemia
- c) Arteritis (radang pada arteri)
- d) Emboli

2) *Emboli serebri*

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

- a) Penyakit jantung reumatik.

- b) *Infark Miokardium*.
 - c) *Fibrilasi* dan keadaan *aritmia*: dapat membentuk gumpalan-gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emboli serebri.
 - d) *Endokarditis*: menyebabkan gangguan pada *endocardium*.
- 3) *Hipoperfusi sistemik*
- Hipoperfusi sistemik* terjadi karena perdarahan masif atau kegagalan pompa jantung yang menyebabkan *hipotensi sistemik* dan oleh karena itu, *hipoperfusi* pembuluh darah *kranial* menyebabkan *iskemia* otak global.
- 4) Penyempitan *lumen arteri*
- Penyempitan *lumen arteri* terjadi karena infeksi atau proses peradangan, *spasme*, atau karena kompresi massa dari luar.

2.1.4 Faktor Resiko

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

- 1) Faktor yang tidak dapat di ubah
 - a) Jenis kelamin.
 - b) Usia.
 - c) Keturunan.
- 2) Faktor yang dapat di ubah
 - a) Kelainan jantung
 - b) *Hipertensi*.
 - c) *Anuerisma* pembuluh darah *cerebral*.
 - d) DM.

- e) Peningkatan kolesterol.
- f) Obesitas.
- g) Rokok, Alkohol.
- h) Kurang aktivitas fisik.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Tarwoto (2013), manifestasi *CVA Infark* tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada *CVA Infark* 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. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunteer 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), 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 *CVA Infark* 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 afasia motorik, sensorik dan afasia global. Afasia motorik atau 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.

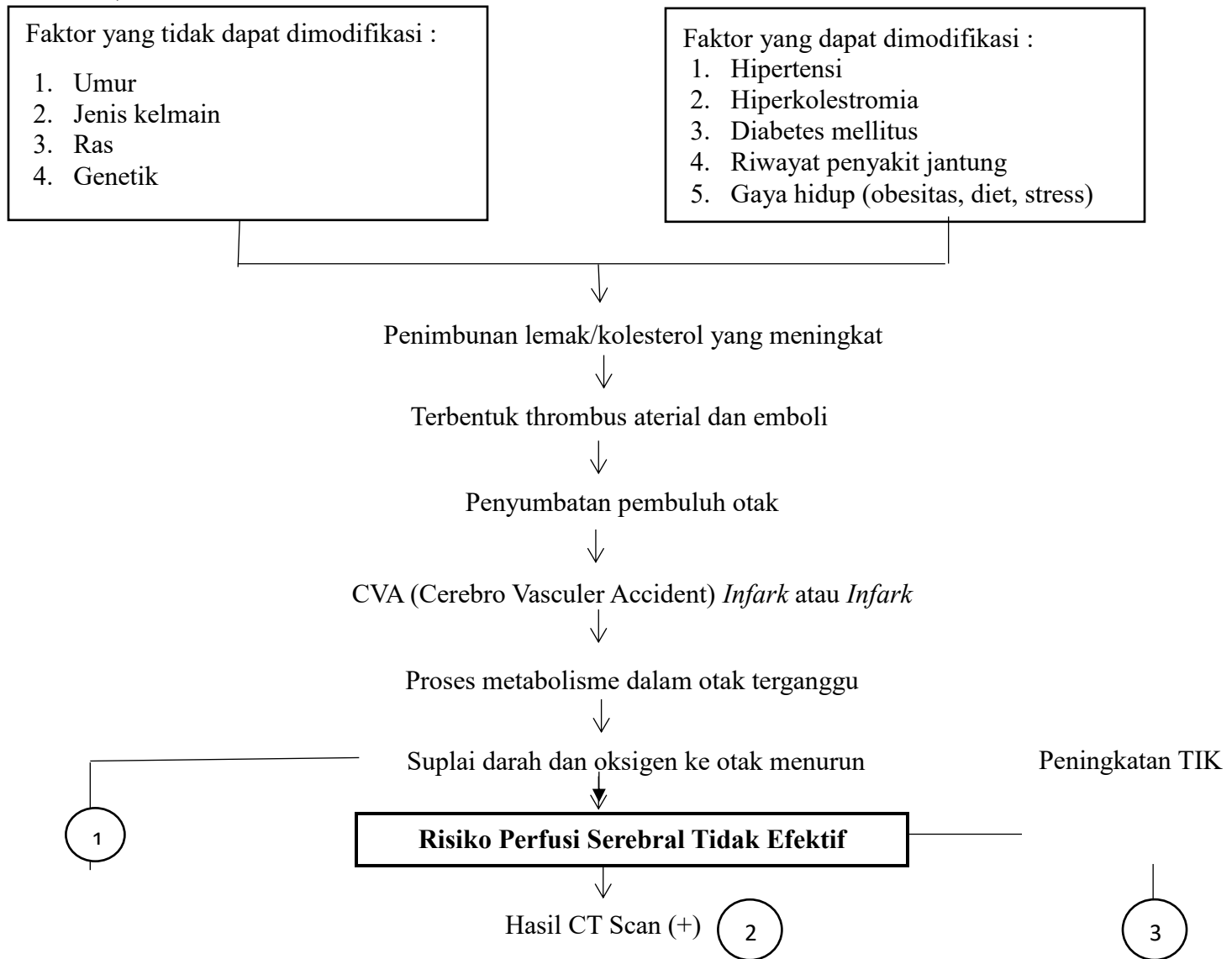
8) Inkontinensia

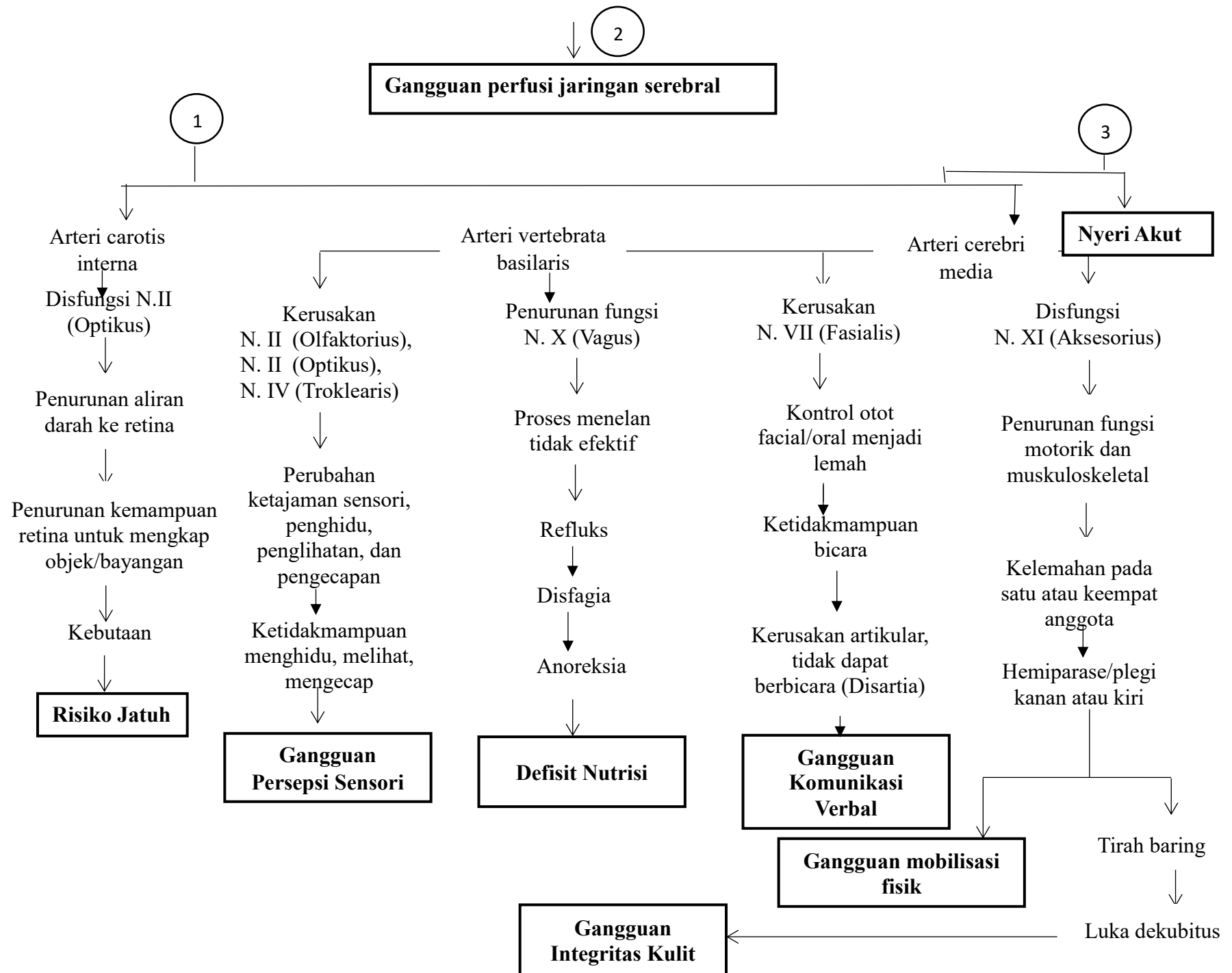
Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi, hal ini dikarenakan terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

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

2.1.6 Patofisiologi

1) Skema





Gambar 2. 1 Patofisiologis CVA Infark (Sumber : Padila, 2012)

Gambar 2.1 **Uraian Patofisiologi**

CVA diakibatkan oleh beberapa faktor yaitu faktor yang dapat diubah dan tidak dapat diubah salah satu faktor yang tidak dapat diubah seperti umur, ras, jenis kelamin, genetik sedangkan faktor yang dapat diubah yaitu hipertensi, hiperkolestomia, diabetes mellitus, riwayat penyakit jantung, gaya hidup (obesitas, diet, stress) yang menimbulkan adanya penimbunan lemak/kolesterol yang meningkatkan dalam aliran darah sehingga terbentuknya thrombus arterial dan emboli sehingga terjadi penyumbatan pembuluh darah dalam otak yang artinya suplai darah dan oksigen yang menuju otak mengalami penurunan sehingga terjadi iskemik jaringan pada otak. Adanya sumbatan tersebut menyebabkan metabolisme dalam otak terganggu sehingga suplai darah dan oksigen ke otak menurun, akan memunculkan diagnosa keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif. Pada masalah keperawatan jika dari hasil CT scan positif infark maka akan munculah masalah keperawatan Ganggua perfusi jaringan serebral. Perfusi serebral tidak efektif juga dapat terjadi akibat munculnya trombus yang mengakibatkan penyempitan pembuluh darah sehingga aliran darah terhambat dan eristrosit menggumpal, endotel menjadi rusak mengakibatkan cairan plasma hilang kemudian akan menimbulkan edema cerebral dan terjadi peningkatan tekanan intrakranial. Peningkatan tekanan intrakranial dapat memunculkan masalah keperawatan nyeri akut. Peningkatan tekanan intrakranial mempengaruhi arteri cerebri media yang menyebabkan tidak normalnya nervus ke sebelas (Aksesorius) yang

dapat mengakibatkan penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal serta menimbulkan kelemahan pada satu atau keempat anggota gerak sehingga terjadi hemiparase atau hemiplegi kanan atau kiri, keadaan ini dapat memunculkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Pada klien dengan gangguan mobilitas fisik yang tirah baring lama akan menimbulkan luka dekubitus dan dapat memunculkan masalah keperawatan gangguan integritas kulit. Akibat dari tekanan intrakranial pada arteri cerebri media juga dapat menimbulkan kerusakan pada nervus ke tujuh (Fasialis) serta nervus ke sembilan (Glosafaringeus) yang dapat menyebabkan kontrol otot fasial atau oral lemah sehingga penderita mengalami ketidakmampuan bicara dan dapat menimbulkan kerusakan artikular, tidak dapat berbicara atau disatria, keadaan ini dapat memunculkan masalah keperawatan yaitu gangguan komunikasi verbal. Akibat dari peningkatan intrakranial pada arteri cerebri media juga dapat menyebabkan penurunan fungsi pada nervus ke sepuluh (Vagus) dan nervus ke sembilan (Glosafaringeus) yang akan menyebabkan proses menelan tidak efektif sehingga menimbulkan refluks dan timbulnya disfagia, yang menyebabkan anoreksia sehingga memunculkan masalah keperawatan defisit nutrisi. Pengaruh dari peningkatan intrakranial pada arteri vertebra basilaris menimbulkan kerusakan pada nervus pertama (Olfaktorius), nervus kedua (Optikus), nervus keempat (Troklearis), serta pada nervus duabelas (Hipoglosus) yang akan menyebabkan perubahan ketajaman sensori, penghidu, penglihatan

dan pengecapan sehingga memunculkan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori. Gangguan persepsi sensori juga dapat terjadi akibat dari peningkatan intrakranial yang mempengaruhi arteri carotis interna yang menyebabkan tidak berfungsinya nervus kedua (Optikus) yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke retina menurun dan kemampuan retina untuk menangkap obyek atau bayangan juga menurun sehingga menimbulkan kebutaan. Keadaan ini juga dapat memunculkan masalah keperawatan resiko jatuh (Padila, 2012).

2.1.7 Komplikasi CVA *Infark*

Komplikasi *CVA Infark* menurut Tarwoto (2013), yaitu :

1) Fase akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya. Aliran darah ke otak sangat tergantung pada tekanan darah, fungsi jantung atau kardiak output, keutuhan pembuluh darah. Sehingga pada pasien dengan *CVA Infark* keadekuatan aliran darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik untuk menghindari terjadinya hipoksia serebral.

b) Edema serebri

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

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

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

d) Aspirasi

Pasien CVA dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflex batuk dan menelan.

2) Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut

- a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urin dan bowel.

- b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas Listrik otak.
- c) Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, nyerikepala cluster.
- d) Malnutrisi, karena intake yang adekuat.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Haryanto (2015), yaitu :

- 1) MRI (Magnetic Resonance Imaging): menunjukkan daerah yang mengalami infark dan hemoragic.
- 2) CT Scan (Computerized Tomografi Scaning): mengetahui area infark, edema, hematoma, dan struktur otak.
- 3) EEG (Elektro Encephalografi): mengidentifikasi masalah berdasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- 4) Angiografi Serebral: mendiagnosis penyebab CVA, obstruksi arteri, menunjukkan titik oklusi atau rupture.
- 5) EGC (Elektro Kardiogram): mengetahui kelainan jantung yang menjadi penyebab CVA.
- 6) Pemeriksaan darah lengkap: Hb, Leukosit, trombosit, LED, dan eritrosit.
- 7) Pemeriksaan darah sewaktu.
- 8) Kolesterol, lipid.
- 9) Asam

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *CVA Infark* menurut Tarwoto (2013) :

1) Penatalaksanaan Umum

a) Pada fase akut

- (1) Terapi cairan, pada fase akut *CVA Infark* beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah.
- (2) Terapi oksigen, pada pasien *CVA Infark* iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan Analisa gas darah oksimetri.
- (3) Penatalaksanaan peningkatan intracranial, Peningkatan tekanan intrakranial biasanya disebabkan karena edema serebri oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, kontrol atau pengendalian tekanan darah.
- (4) Monitor fungsi pernapasan: Analisa Gas Darah
- (5) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.
- (6) Evaluasi status cairan dan elektrolit

- (7) Kontrol kejang jika ada dengan anti konvulsan, dan cegah resiko injuri.
- (8) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.
- (9) Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan anti koagulan.
- (10) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran,
- (11) keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan efleks.

b) Fase rehabilitasi

- (1) Pertahankan nutrisi yang adekuat
- (2) Program manajemen bladder dan bowel
- (3) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
- (4) Pertahankan integritas kulit
- (5) Pertahankan komunikasi yang efektif
- (6) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- (7) Persiapan pasien pulang

2) Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 untuk dikompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo-perionetal bila ada hidrocefalus obstruktif akut.

3) Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan *CVA Infark*

- (1) Pemberian trombolisis dengan rt-PA (recombinan tissueplasminogen)²⁰
- (2) Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfabeta, kaptopril antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA *Infark*

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan yang sistematis dan bersinambung meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah Kesehatan individu atau kelompok baik yang aktual maupun potensial, kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan (Walid, 2009).

Metode yang konsepnya diterapkan dalam praktik keperawatan merupakan proses asuhan keperawatan. Metode ini juga dikatakan dalam pendekatan untuk memecahkan sebuah masalah (problem-solving) dengan memerlukan ilmu, teknik/ keterampilan seseorang dengan tujuan memenuhi kebutuhan klien, keluarga, serta masyarakat. Terdapat 5 tahap dalam proses keperawatan yang saling berhubungan, meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi, dalam pembuatan asuhan keperawatan tahap ini berintegrasi pada fungsi intelektual problem-solving (Nursalam, dalam Kusyanti, 2022).

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

1) Pengkajian

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

a) Identitas

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

b) Keluhan utama

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

c) Riwayat penyakit sekarang (Kusyuni, 2022).

CVA infark biasanya terdapat serangan awal terlebih dahulu dengan tidak disadari pasien, biasanya di temukan gejala awal yaitu sering kesemutan, anggota gerak merasa lemas, terdapat nyeri kepala, mual, muntah, serta kejang sampai tidak sadar , disamping gejala kelumpuhan setengah badan atau gangguan fungsi otak yang lain

P : Sebagian besar pasien mengatkan pusing atau nyeri pada bagian tubuh tertentu

Q : Yang dirasakan biasanya seperti tertusuk-tusuk jarum

R : Nyeri yang dirasakan sebagai besar dikepala

S : Sebagai besar pasien memberikan penilaian skala ringan antara 4- 6

T : Nyeri terasa terus menerus atau sewaktu-waktu

d) Riwayat penyakit dahulu

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

e) Riwayat kesehatan keluarga

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

f) Riwayat psikososial

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

g) Pemeriksaan Pola kesehatan (Kusyani, 2022) :

(1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

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

(2) Pola nutrisi dan metabolisme

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

(3) Pola eliminasi

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

(4) Pola aktivitas

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

(5) Pola tidur

Terdapat kesusahan dalam beristirahat karena kejang dan nyeri otot.

(6) Pola hubungan dan peran

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

(7) Pola persepsi dan konsep diri

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

(8) Pola sensori dan kognitif

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

(9) Pola reproduksi

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

(10) Pola penanggulangan stres

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

(11) Pola tata nilai dan kepercayaan.

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

h) Data spiritual

Keyakinan dalam diri seseorang yang dapat mempengaruhi individu untuk kesembuhan pada penyakitnya sesuai dengan agama pasien. Bagaimana aktifitas spiritual pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya.

i) Pemeriksaan fisik

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

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

sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.

j) Dada/Thorak

Pemeriksaan sistem pernafasan

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

Pemeriksaan jantung

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

k) Abdomen

- (1) Inspeksi : Kesimetrisan abdomen terdapat lesi atau edema.

(2) Auskultasi : Terdengar bising usus biasanya pada pasien CVA bising usus tidak normal.

(3) Perkusi ; Terdengar bunyi timpani..

(4) Palpsi: Tidak terdapat nyeri tekan pada 4 kuadran.

l) Genetalia : Biasanya pasien CVA terpasang kateter.

m) Ekstremitas :

(1) Atas

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

(2) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, pada saat pemeriksaan bluedzensky 1 kiri pasien fleksi bluedzensky (+). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang reflek babinsky (+). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon reflek Caddok (+). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawa biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi reflek Openheim (+) dan pada saat betis di remas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa reflek

Gordon (+). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan reflek Patella (+).

n) Ada 12 nervus cranial, diantaranya adalah:

- (1) Nervus 1 Olfaktorius : pembauan, ada kelainan atau tidak.
- (2) Nervus 2 Optikus : ketajaman penglihatan, ada gangguan atau tidak.
- (3) Nervus 3 Okulomotoris : untuk pergerakan mata, ada gangguan/tidak.
- (4) Nervus 4 Troklearis : untuk pergerakan bola mata ke atas/kebawah.
- (5) Nervus 5 Trigemini : untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut.
- (6) Nervus 6 Abduken : untuk pergerakan mata ke lateral.
- (7) Nervus 7 Fasialis : sebagai sensasi umum dan pengecap, untuk otot wajah/mimik.
- (8) Nervus 8 Vestibulokoklearis : untuk pendengaran, ada gangguan atau tidak pada pendengaran.
- (9) Nervus 9 Glosofaringius : mensyarafi lidah dan faring, membuka mulut.
- (10) Nervus 10 Vagus : mensyarafi faring, menelan.
- (11) Nervus 11 Aksesoris : mensyarafi leher dan otot leher.
- (12) Nervus 12 Hipoglosal : mensyarafi pergerakan lidah, artikulasi saat bicara.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di dalamnya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017). Menurut Padila (2012), adapun diagnosa Stroke Iskemik yang mungkin muncul pada klien stroke iskemik berdasarkan subkategori (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

1) Risiko Perfusi Serebral tidak efektif (D.0017)

a) Definisi : Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

b) Faktor Resiko :

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

c) Kondisi Klinis :

- (1) CVA.

2) Gangguan Perfusi jaringan serebral (D.0054).

a) Definisi : mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

b) Penyebab :

- (1) Penurunan kesadaran
- (2) Nilai GCS
- (3) Perubahan tanda vital
- (4) Perubahan sensori dan motoric
- (5) Penurunan fungsi memori

- (6) Nyeri kepala
- (7) Muntah
- (8) Kejang
- (9) Perubahan pupil
- (10) Perubahan pola nafas
- (11) Nilai AGD
- (12) Hasil CT Scan, MRI adanya edema serebral, perdarahan, herniasi
- (13) Penggunaan terapi deurentik, sedative
- (14) Hipertensi

3) Nyeri dan kenyamanan

Nyeri Akut (D.0077)

a) Definisi :

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

b) Penyebab

- (1) Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
- (2) Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
- (3) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan)

c) Batasan karakteristik

Tabel 2.1 batasan karakteristik nyeri akut

Gejala dan tanda		Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mengeluh nyeri		1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Minor	(tidak tersedia)		1) Tekanan darah meningkat 2) Pola nafas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berpikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaforesis

Sumber : (PPNI,2017)

d) Kondisi klinis

- (1) Kondisi pembedahan
- (2) Cedera traumatis
- (3) Infeksi
- (4) Sindrom koroner akut
- (5) Glaukoma

4) Subkategori : Intergritas Ego**Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)**

a) Definisi :

Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan

atau terdistorsi.

b) Penyebab

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

c) Batasan karakteristik

Tabel 2.2 batasan karakteristik Gangguan Persepsi Sensori

Gejala dan Tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mendengar bisikan atau melihat bayangan	1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai
	2. Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, perabaan atau pengecapan	3. Bersikap seolah melihat, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu
Minor	1. Menyatakan kesal	1. Menyendiri
		2. Melamun
		3. Konsentrasi buruk
		4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
		5. Curiga
		6. Melihat ke satu arah
		7. Mondar mandir
		8. Bicara sendiri.

Sumber : (PPNI,2017)

d) Kondisi klinis terkait

- (1) Glaukoma
- (2) Katarak
- (3) Gangguan refraksi(myopia, hiperopia, astigmatisma, presbiopia)
- (4) Trauma pada saraf kranialis II, III, IV, dan VI akibat stroke, aneurisma intrakranial, trauma/ tumor otak)
- (5) Infeksi okuler
- (6) Presbiakusis
- (7) Malfungsi alat bantu dengar
- (8) Delirium
- (9) Demensia
- (10) Gangguan amnestik
- (11) Penyakit terminal
- (12) Gangguan psikotik

5) keamanan dan proteksi

Risiko jatuh (D.0143)

a) Definisi :

Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

b) Faktor risiko :

- (1) Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak)
- (2) Riwayat jatuh
- (3) Anggota gerak bawah prosthesis (buatan)

- (4) Penggunaan alat bantu berjalan
- (5) Penurunan tingkat kesadaran
- (6) Perubahan fungsi kognitif
- (7) Lingkungan tidak aman (mis: licin, gelap, lingkungan asing)
- (8) Kondisi pasca operasi
- (9) Hipotensi ortostatik
- (10) Perubahan kadar glukosa dara
- (11) Anemi
- (12) Kekuatan otot menuru
- (13) Gangguan pendengara
- (14) Gangguan keseimbanga
- (15) Gangguan penglihatan (mis: glaucoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)
- (16) Neuropat
- (17) Efek agen farmakologis (mis: sedasi, alkohol, anestesi umum)

6) Subkategori : Nutrisi dan Cairan

Defisit Nutrisi (D.0019)

a) Definisi :

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

b) Penyebab

- (1) Ketidakmampuan menelan makanan
- (2) Ketidakmampuan mencerna makanan

- (3) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- (4) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- (5) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
- (6) Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)

c) Batasan karakteristik

Tabel 2.3 Batasan Karakteristik Defisit Nutrisi

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	(tidak tersedia)	1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.
Minor	1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/ nyeri Abdomen Nafsu makan menurun	1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Bising usus hiperaktif 7. Otot pengunyah lemah 8. Otot menelan lemah 9. Membran mukosa pucat 10. Sariawan Serum albumin turun

Sumber : (PPNI,2017)

d) Kondisi klinis terkait

- (1) Stroke
- (2) Parkinson
- (3) Mobius syndrome

- (4) Cerebral palsy
- (5) Cleft lip
- (6) Cleft palate
- (7) Amyotrophic lateral sclerosis
- (8) Kerusakan neuromuscular
- (9) Luka bakar
- (10) Kanker
- (11) Infeksi
- (12) AIDS
- (13) Penyakit Crohn's
- (14) Enterokolitis
- (15) Fibrosis kistik

7) Subkategori : Keamanan dan proteksi

Gangguan integritas kulit (D.0129)

a) Definisi :

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen).

b) 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 ekstrim
- (7) Faktor mekanis (mis: penekanan 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

c) Batasan karakteristik

Tabel 2.4 Batasan Karakteristik Gangguan Integritas Kulit

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	(Tidak tersedia)	1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit
Minor	(tidak tersedia)	1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma

Sumber : (PPNI,2017)

d) Kondisi klinis

- (1) Dispesifikan menjadi kulit atau jaringan
- (2) Kulit hanya terbatas pada dermis dan epidermis, sedangkan jaringan meliputi tidak hanya kulit tetapi juga mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan atau

ligament

8) Subkategori : interaksi sosial

Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

a) Definisi :

Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.

b) Penyebab :

- (1) Penurunan sirkulasi serebral
- (2) Gangguan neuromuskuler
- (3) Gangguan pendengaran
- (4) Gangguan muskuloskeletal
- (5) Kelainan palatum
- (6) Hambatan fisik (mis. terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidektomi)
- (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. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)

c) Batasan karakteristik

Tabel 2.5 Batasan Karakteristik Gangguan Komunikasi Verbal

Gejala dan Tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	(tidak tersedia)	1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai
Minor	(tidak tersedia)	1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disartria 6. Afonia 7. Dislalia 8. Pelo 9. Gagap 10. Tidak ada kontak mata 11. Sulit memahami komunikasi 12. Sulit mempertahankan komunikasi 13. Sulit menggunakan ekspresi wajah 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
		Delusi

Sumber : (PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait :

- (1) Stroke
- (2) Cedera kepala
- (3) Trauma wajah
- (4) Peningkatan tekanan intrakranial
- (5) Hipoksia kronis
- (6) Tumor
- (7) Miastenia gravis
- (8) Sklerosis multipel
- (9) Distropi muskuler
- (10) Kuadriplegia
- (11) Labiopalatoskizis
- (12) Infeksi laring
- (13) Fraktur rahang
- (14) Skizofrenia
- (15) Delus
- (16) Parnoid
- (17) Autisme

9) Subkategori : Aktivitas dan Istirahat

Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

a) Definisi :

keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

b) 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 muskuloskeletal
- (12) Gangguan neuromuskuler
- (13) Indeks masa tubuh diatas persentil 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

c) Batasan karakteristik

Tabel 2.6 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik

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

Sumber : (PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis

- (1) Stroke
- (2) Cedera medula spinalis
- (3) Trauma
- (4) Fraktur
- (5) Osteoarthritis
- (6) Osteomalasia
- (7) Keganasan

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah proses kegiatan mental yang memberi pedoman atau pengarahan secara tertulis kepada perawat atau anggota tim kesehatan lainnya tentang intervensi atau tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada klien. Rencana keperawatan merupakan rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan

masalah Kesehatan klien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan klien secara spesifik (Kusyani, 2022). Dalam penyusunan intervensi keperawatan mengacu pada Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2022).

Sesuai dari diagnosa diatas maka didapatkan intervensi dan tujuan berdasarkan Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2022) sebagai berikut :

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

Tabel 2. 7 Intervensi Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D.0017)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral (L.02014) dapat adekuat/ meningkat. Kriteria hasil : a) Tingkat kesadaran meningkat b) Kognitif meningkat c) Tekanan intra kranial menurun d) Sakit kepala menurun e) Gelisah menurun f) Kecemasan menurun g) Agitasi menurun h) Demam menurun i) Nilai rata-rata tekanan darah membaik j) Kesadaran membik k) Tekanan darah sistolik membaik l) Tekanan darah diastolik membaik m) 13) Reflek saraf membaik	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) b) Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) c) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) d) Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu e) Monitor PAWP, jika perlu f) Monitor PAP, jika perlu g) Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia h) Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) i) Monitor gelombang ICP j) Monitor status pernapasan k) Monitor intake dan output cairan l) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi) Terapeutik	Observasi a) Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan b) Autoregulasi mempertahankan aliran darah otak yang konstan c) Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi d) Adanya perubahan tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak Terapeutik a) Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali b) Untuk memberikan kenyamanan klien c) Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral d) Klien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut.

	a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang b) Berikan posisi semi Fowler c) Hindari manuver Valsava d) Cegah terjadinya kejang e) Hindari penggunaan PEEP f) Hindari pemberian cairan IV hipotonik g) Atur ventilator agar PaCO ₂ optimal h) Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi a) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu b) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	Kolaborasi a) Untuk mempercepat penurunan pada tekanan intra kranial (TIK)
--	---	---

2) Gangguan perfusi jaringan serebral

Tabel 2. 8 Intervensi Keperawatan Gangguan Perfusi Jaringan Serebral

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Gangguan perfusi jaringan serebral	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral (L.02014) dapat adekuat/ meningkat. Kriteria hasil : n) Tingkat kesadaran meningkat o) Kognitif meningkat p) Tekanan intra kranial menurun q) Sakit kepala menurun r) Gelisah menurun	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) b) Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) c) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)	Observasi a) Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan b) Autoregulasi mempertahankan aliran darah otak yang konstan c) Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi

s) Kecemasan menurun	d) Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu	d) Adanya perubahan tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak
t) Agitasi menurun	e) Monitor PAWP, jika perlu	Terapeutik
u) Demam menurun	f) Monitor PAP, jika perlu	
v) Nilai rata-rata tekanan darah membaik	g) Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia	e) Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali
w) Kesadaran membik	h) Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure)	f) Untuk memberikan kenyamanan klien
x) Tekanan darah sistolik membaik	i) Monitor gelombang ICP	g) Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral
y) Tekanan darah diastolik membaik	j) Monitor status pernapasan	h) Klien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut.
z) 13) Reflek saraf membaik	k) Monitor intake dan output cairan	Kolaborasi
	l) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi)	
	Terapeutik	i) Untuk mempercepat penurunan pada tekanan intra kranial (TIK)
	m) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	
	n) Berikan posisi semi Fowler	
	o) Hindari manuver Valsava	
	p) Cegah terjadinya kejang	
	q) Hindari penggunaan PEEP	
	r) Hindari pemberian cairan IV hipotonik	
	s) Atur ventilator agar PaCO ₂ optimal	
	t) Pertahankan suhu tubuh normal	
	Kolaborasi	
	u) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu	
	v) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu	
	w) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	

3) Defisit nutrisi (D.0019)

Tabel 2. 9 Intervensi Keperawatan Defisit Nutrisi

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Defisit nutrisi (D.0019)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi (L.03030) adekuat/membaik. Kriteria hasil: a) Porsi makan yang dihabiskan meningkat b) Kekuatan otot mengunyah meningkat c) Kekuatan otot menelan meningkat d) Nafsu makan membaik e) TTV membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi a) Identifikasi status nutrisi b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c) Identifikasi makanan yang disukai d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik f) Monitor asupan makanan g) Monitor berat badan h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik a) Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu b) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) c) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai d) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi e) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein f) Berikan suplemen makanan, jika perlu	Observasi a) Membantu mengetahui nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b) Untuk mengetahui hasil lab seperti glukosa, albumin, haemoglobin, elektrolit Terapeutik a) Makanan yang secara menarik dapat meningkatkan nafsu makan klien b) Makanan yang tinggi serat untuk mencegah terjadinya konstipasi c) Membantu menambah nafsu makan klien Edukasi a) Membantu klien pada saat makan Kolaborasi a) Diet sesuai dengan kebutuhan nutrisi klien

	g) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi
	Edukasi
	a) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
	b) Ajarkan diet yang diprogramkan
	Kolaborasi
	a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu
	b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu

4) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Tabel 2. 10 Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik (L.05042) dapat meningkat. Kriteria hasil : a) Pergerakan ekstremitas meningkat b) Kekuatan otot meningkat c) Rentang gerak (ROM) meningkat d) Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur)	Observasi a) Amati apakah ada trauma pada klien b) Untuk mencegah terjadinya luka ketika baring ditempat tidur dengan waktu yang lama Terapeutik a) Daerah yang tertekan lama dapat mengakibatkan trauma b) Untuk mengetahui tingkat kekuatan otot yang mengalami kelemahan Edukasi a) Terapi pada klien yang mengalami kelemahan ekstremitas

	b) Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu c) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	b) Keluarga juga berpengaruh untuk kesembuhan klien yang mengalami kelemahan fisik Kolaborasi a) Membantu untuk memulihkan kekuatan otot klien
--	--	--

5) Nyeri akut (D.0077)

Tabel 2. 11 Intervensi Keperawatan Nyeri akut

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Nyeri akut (D.0077)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066). Kriteria hasil: a) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat b) Keluhan nyeri menurun c) Meringis menurun d) Sikap protektif menurun e) Gelisah menurun f) Kesulitan tidur menurun g) Menarik diri menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi a) Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b) Identifikasi skala nyeri c) Identifikasi respon nyeri non verbal d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyer g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	Observasi a) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik. durasi, frekuensi kualitas, dan intensitas nyeri b) Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan klien c) Untuk mengetahui respon nyeri yang dirasakan baik melalui verbal atau nonverbal d) Untuk mengetahui efek samping analgesik yang mungkin dirasakan klien Terapeutik a) Agar klien mau dan mampu memotivasi untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan

h) Berfokus pada diri sendiri menurun	h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	b) Untuk mengurangi faktor yang dapat memperberat rasa nyeri
i) Diaforesis menurun	i) Monitor efek samping penggunaan analgetik	c) Untuk menenangkan dan membantu klien beristirahat
j) Perasaan depresi (tertekan) menurun	Terapeutik	Edukasi
k) Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun	a) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)	a) Agar klien dapat mengetahui tentang penyebab, periode, dan pemicu nyeri, sehingga klien dapat mengantisipasi rasa nyeri
l) Pupil dilatasi menurun	b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	b) Untuk menenangkan dan membantu klien beristirahat
m) Muntah menurun	c) Fasilitasi istirahat dan tidur	Edukasi
n) Mual menurun	d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	a) Agar klien dapat mengetahui tentang penyebab, periode, dan pemicu nyeri, sehingga klien dapat mengantisipasi dan mengambil keputusan terkait nyeri yang dirasakan
o) Frekuensi nadi membaik	Edukasi	b) Agar klien dapat melakukan strategi meredakan nyeri sehingga nyeri yang dirasakan dapat dikurangi
p) Pola nafas membaik	a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	c) Untuk meningkatkan proses penyembuhan dengan pemberian aagesik yang tepat sehingga tidak terjadi resistensi terhadap obat
q) Tekanan darah membaik	b) Jelaskan strategi meredakan nyeri	d) Agar klien dapat mengetahui teknik nonfarmakologis untuk meredakan dan mengurangi rasa nyeri
r) Pola tidur membaik	c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	
	d) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat	
	e) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri	
	Kolaborasi	
	a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	

6) Gangguan persepsi sensori (D.0085)

Tabel 2. 12 Intervensi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Gangguan persepsi sensori (D.0085)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan persepsi sensori (L.09083) dapat membaik. Kriteria hasil : a) Verbalisasi mendengar bisikan menurun b) Verbalisasi melihat bayangan menurun c) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan d) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman e) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan f) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecap g) Distorsi sensori menurun	Meminimalisir Rangsangan (I.08241) Observasi a) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan) Terapeutik a. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang) b. Batasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas) c. Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat b) Kombinasikan prosedur/Tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan Edukasi a) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) Kolaborasi	Observasi a) memeriksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan) Terapeutik a) Mediskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang) b) Membatasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas) c) Menjadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat Edukasi a) Mengajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) Kolaborasi

h) Perilaku halusinasi menurun	a) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan	a) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan
i) Menarik diri menurun	b) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus	b) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus
j) Melamun menurun		
k) Curiga menurun		
l) Mondar-mandir menurun		
m) Respons sesuai stimulus membaik		
n) Konsenterasi membaik		
o) 15) Orientasi membaik		

7) Gangguan komunikasi verbal (D.0119).

Tabel 2. 13 Intervensi Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan komunikasi verbal (L.13118) dapat meningkat. Kriteria hasil : a) Aktivitas fisik yang direkomendasikan meningkat b) Aktivitas yang tepat meningkat c) Strategi untuk menyeimbangkan aktivitas dan istirahat meningkat d) Teknik konservasi energi meningkat	Promosi komunikasi: defisit bicara (13492) Observasi a) Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara b) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) c) Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara d) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik a) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi	Observasi a) Untuk mengetahui masalah bicara yang dialami klien Terapeutik a) Dukungan dari keluarga membantu untuk pemulihan klien b) Komunikasi yang alternatif dapat membantu klien untuk bisa berkomunikasi dengan sekitarnya Edukasi a) Bicara yang pelan dapat mudah dipahami oleh klien Kolaborasi a) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat

e) Teknik pernafasan yang efektif meningkat	dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)
f) Pembatasan energi meningkat	b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan klien, 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 klien)
g) Mekanika tubuh yang tepat meningkat	
h) Teknik menyederhanakan pekerjaan meningkat	c) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
i) Penggunaan alat bantu yang benar meningkat	d) Ulangi apa yang disampaikan klien
j) Pembatasan aktivitas menurun	e) Berikan dukungan psikologis
k) Faktor-faktor yang meningkatkan pengeluaran energi menurun	f) Gunakan juru bicara, jika perlu
	Edukasi
	a) Anjurkan berbicara perlahan
	b) Ajarkan klien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara
	Kolaborasi
	a) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

8) Gangguan intergitas kulit (D.0129)

Tabel 2. 14 Intervensi Keperawatan Gangguan intergitas kulit

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Gangguan intergitas kulit (D.0129)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan	Observasi a) Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan

diharapkan integritas kulit meningkat (L.14125). Kriteria hasil: a) Elastisitas meningkat b) Hidrasi meningkat c) Perfusi jaringan meningkat d) Kerusakan jaringan menurun e) Kerusakan lapisan kulit menurun f) Nyeri menurun g) Perdarahan menurun h) Kemerahan menurun i) Hematoma menurun j) Pigmentasi abnormal menurun k) Jaringan parut menurun l) Nekrosis menurun m) Abrasi kornea menurun n) Suhu kulit membaik o) Sensasi membaik p) Tekstur membaik q) Pertumbuhan rambut membaik	sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik a) Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring b) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu c) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare d) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering e) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive f) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi a) Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) b) Anjurkan minum air yang cukup c) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi d) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur e) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim f) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah g) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik a) Mengubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring b) Melakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu c) Membersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare d) Menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering e) Menggunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive f) Menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi a) Menganjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) b) Menganjurkan minum air yang cukup c) Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi d) Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur e) Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim f) Menganjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah g) Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
---	---	---

9) Resiko Jatuh (D.0143)

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan Resiko Jatuh

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Resiko Jatuh (D.0143)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun (L.14138). Kriteria hasil: a) Jatuh dari tempat tidur menurun b) Jatuh dari berdiri menurun c) Jatuh saat duduk menurun d) Jatuh saat berjalan menurun e) Jatuh saat dipindahkan menurun f) Jatuh saat naik tangga menurun g) Jatuh saat di kamar mandi menurun h) Jatuh saat membungkuk menurun	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi a) Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) b) Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi c) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) d) Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu e) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik a) Orientasikan ruangan pada klien dan keluarga b) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci c) Pasang handrail tempat tidur d) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah e) Tempatkan klien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station f) Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker)	a) Mengetahui tingkat keparahan terjadinya risiko jatuh b) Pemasangan tanda risiko jatuh guna mengidentifikasi klien yang berisiko jatuh c) Menjaga keamanan klien pada saat berada diatas tempat tidur d) Keluarga mampu mengantisipasi dalam pencegahan risio terjadinya jatuh e) Mengetahui tingkat atau skala faktor risiko jatuh pada klien

g) Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan klien

Edukasi

- a) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
 - b) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
 - c) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
 - d) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
 - e) Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
-

2.2.4 Tindakan Keperawatan (Implementasi)

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

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi, sebagai langkah terakhir dalam metode asuhan keperawatan, bertujuan untuk menilai sejauh mana rencana keperawatan telah tercapai. Evaluasi melibatkan perbandingan hasil akhir dengan tujuan dan kriteria yang telah ditetapkan, serta menilai kemampuan pasien dalam mencapai tujuan. Tujuan evaluasi juga menentukan apakah tujuan asuhan keperawatan sudah tercapai/belum, mengkaji apa penyebab tujuan keperawatan belum tercapai (Kusyani, 2022).

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

- a) S (subjektif): Data subjektif dari keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien).
- b) (objektif): Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat seperti segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.

- c) A (analisis): Kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.
- d) P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan. Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan study kasus. Study Kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya satu pasien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi (Nursalam, 2017).

Rancangan penelitian adalah kesatuan, rencana dan spesifik mengenai cara memperoleh, menganalisis, dan menginterpretasi data. Rancangan atau desain penelitian yang digunakan dalam penulisan ini yaitu deskriptif kualitatif. Rancangan penelitian deskripsi yaitu suatu desain yang bertujuan untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif. Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus studi kasus (Sukarni, 2010). Penelitian menggunakan batasan istilah dengan studi kasus Asuhan Keperawatan pada klien *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo

Trenggalek dengan kondisi pasien dengan tingkat kesadaran *composmentis* yang mengalami kelemahan ekstremitas atas atau bawah atau kedua ekstremitas yang diberikan kepada klien dengan melalui metode proses keperawatan dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* merupakan suatu penyakit akibat tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah berhenti karena penumpukan kolesterol (*aterosklerosis*) atau bekuan darah.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan sasaran atau subyek yang digunakan dalam penelitian Partisipan dalam penelitian ini terdiri dari satu pasien dengan diagnosa medis yaitu *CVA Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek, dengan partisipan Tn.S. pasien yang diteliti berada di kelas III ruang 9 A. Partisipan yang digunakan adalah satu klien dengan kriteria :

- 1) Pasien yang kooperatif
- 2) Tingkat kesadaran pasien *composmentis*
- 3) Pasien yang mengalami kelemahan ekstremitas atas atau bawah atau kedua ekstremitasnya.
- 4) Pasien yang diperkirakan mendapatkan perawatan minimal 3 hari di Rumah Sakit
- 5) Bersedia memberikan informasi yang diperlukan dalam penelitian.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.

3.4.2 Waktu Penelitian

Pengambilan data atau kasus pada penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 09- 11 April 2025

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan/Instrumen

Instrumen penelitian adalah adalah alat bantu yang digunakan dalam kegiatan penelitian dan mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis (Arikunto, 2014). Bahan/instrument mengumpulkan data yaitu dokumen wawancara terstruktur, pedoman observasi, pengukuran dengan alat (tensimeter, thermometer, dll) (Sugiyono,2015). Instrumen yang digunakan adalah format asuhan keperawatan kmb, dan nursing kit.

3.5.2 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulann data menguraikan data primer dan data sekunder. Data primer beberapa wawancara, pemeriksaan fisik, (inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi), sedangkan data sekunder berupa hasil pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status pasien dari tenaga medis yang lain serta dokumentasi.

3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data

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

- 1) Diterbitkannya surat izin melakukan praktik klinik dari kaprodi D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek nomor UM.01.05/3.4/59/2023, serta surat izin untuk melakukan praktik klinik dari RSUD Dr. Soedomo Trenggalek nomor 070/55/406.010.001/18.00/2023.
- 2) Proses pengumpulan data dimulai dari mahasiswa mencari pasien yang akan diberikan asuhan keperawatan. Setelah klien ditemukan, mahasiswa melakukan tindakan preorientasi atau membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarganya, mahasiswa memperkenalkan diri serta menjelaskan maksud dan tujuan proses asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada klien. Setelah pasien dan keluarganya mengerti dan menyetujui maksud dan tujuan proses asuhan keperawatan, maka mahasiswa melakukan tahap berikutnya.
- 3) Tahap kontrak, mahasiswa melakukan kontrak waktu dengan pasien yang akan diberikan asuhan keperawatan.
- 4) Tahap pelaksanaan, mahasiswa melakukan proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, yang meliputi antara lain wawancara tentang data dasar, seperti nama, umur, alamat, pekerjaan, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit yang lalu,

riwayat penyakit keluarga dan pola aktivitas sehari-hari yang selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik pada klien. Setelah pengkajian dilanjutkan dengan penentuan diagnosa, kemudian menyusun rencana tindakan, melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana, setelah itu lakukan evaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan.

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

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksud untuk memperoleh tingkat kepercayaan yang berkaitan dengan seberapa jauh kebenaran hasil penelitian, mengungkapkan dan memperjelas data dengan fakta-fakta aktual di lapangan. Setelah mengumpulkan data, mengolah data, dan menyimpulkan maka peneliti akan menjaga kebenaran dari hasil penelitian dan sesuai dengan kenyataan yang sesungguhnya.

Kepercayaan (Credibility), dalam melakukan penelitian, peneliti sebelum melakukan tindakan kepada keluarga yang mengalami *CVA Infark* di dampingi oleh pembimbing lahan. Dikarenakan pembimbing lahan tidak dapat mendampingi peneliti secara terus-menerus, peneliti dapat menjalankan prosedur rumah sakit tanpa didampingi lahan. Keteralihan (Transferbility), penerapan tindakan yang dilaksanakan peneliti kepada klien disesuaikan dengan keadaan pasien *CVA Infark*, berdasarkan prosedur yang berlaku. Yang

dilakukan pada klien yang mengalami *CVA Infark* antara lain adalah melakukan BHSP, mengkaji keluhan klien, mengobservasi tanda-tanda vital, memberikan penyuluhan.

Dependability adalah kesesuaian metode yang digunakan untuk menjawab permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan. Di dalam melakukan penelitian peneliti menggunakan metode studi kasus. Disini peneliti terjun langsung ke lapangan untuk menerapkan asuhan keperawatan medikal bedah pada klien yang mengalami *CVA Infark*. Sebelum melakukan penelitian, peneliti sudah mendapatkan ijin dari berbagai pihak dengan ke respondennya sendiri.

Confirmability mengandung makna bahwa sesuatu itu obyektif. Jika mendapatkan persetujuan dari pihak-pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemu seseorang. Kondisi ini dapat diperoleh melalui proses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing dan mahasiswa, ujian karya tulis ilmiah untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisis Data

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti menggunakan metode kualitatif. Peneliti sebagai instrumen. Dalam penelitian Teknik pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti adalah observasi atau pengamatan serta dengan anamnese atau wawancara. Untuk memperoleh data yang akurat, diperlukan rasa saling percaya antara peneliti dengan partisipan keluarga dan

orang terdekat dari klien. Sesuai yang ada pada teori dalam penerapannya, metode analisa data yang digunakan adalah metode kualitatif yaitu peneliti sebagai human instrumen dan dengan teknik pengumpulan data participant observation (observasi berperan serta) dan in depth interview (wawancara mendalam), maka peneliti harus berinteraksi dengan sumber data yaitu klien serta keluarganya. Setelah melakukan pendekatan peneliti bisa menyimpulkan apa saja yang menjadi masalah keperawatan pada pasien dengan *CVA Infark*. Adapun urutan dalam analisis tersebut adalah :

3.7.1 Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi. Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.7.2 Mereduksi Data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3.7.3 Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas klien.

3.7.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan

perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

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

3.8.1 Informed consent

Informed consent (lembar persetujuan menjadi informan), merupakan pernyataan tertulis kesediaan informan sebagai subyek dalam penyusunan karya tulis ilmiah.

3.8.2 Anonimity (tanpa nama)

nama informan tidak perlu dicantumkan pada lembar pengumpulan data, untuk mengetahui keikut sertaanya peneliti cukup dengan menuliskan nama inisial.

3.8.3 Confidentiality (kerahasiaan)

Confidentiality artinya kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari informan dijamin kerahasiaanya. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan/dilaporkan pada hasil karya tulis ilmiah.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

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

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret- April 2025 dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Pasien *CVA Infark* Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek tahun 2025, dengan partisipan Tn.S. pasien yang diteliti berada di kelas III ruang 9 A.

Ruang Unit Stroke merupakan ruang syaraf yang memberikan perawatan khusus bagi klien yang terkena stroke. Jumlah perawat di ruang Unit Stroke yaitu 17 orang dengan kapasitas tempat tidur 20 bed (tempat tidur). Di kelas VIP ada 2 ruang dengan masing-masing ruang 1 bed (tempat tidur), kelas I ada 6 bed (tempat tidur), kelas II dan III ada 12 bed (tempat tidur).

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Pasien

Tabel 4.1 Identitas Pasien

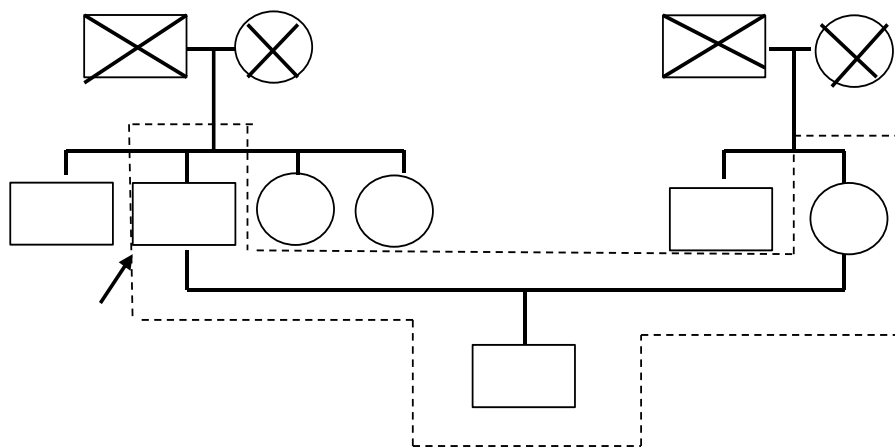
IDENTITAS PASIEN		PASIEN
a)	Nama	Tn. S
b)	Jenis Kelamin	Laki-laki
c)	Umur	49
d)	Status Perkawinan	Kawin

e) Pekerjaan	Wiraswasta
f) Agama	Islam
g) Pendidikan Terakhir	SMA
h) Alamat	Desa Buluagung, Kec. Karangan, Kab. Trenggalek.
i) Tanggal/ MRS	9 April 2025 / 06:30 WIB
j) Tanggal/ jam pengkajian	9 April 2025 / 15: 00 WIB
k) Diagnosa Medis	CVA <i>Infark</i>

2) Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit enit ste

RIWAYAT PENYAKIT PASIEN	PASIEN
Keluhan Utama	Saat MRS : pasien mengatakan merasa pusing tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah Saat Pengkajian : pasien mengatakan merasa pusing tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah
Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien mengatakan sejak bangun tidur tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah kemudian pasien di bawa ke IDG RSUD dr. Soedomo pada pukul 06.30 WIB dengan keluhan pusing, tangan, dan kaki sebelah kanan terasa lemah. Pasien dibawa ke ruang Unit Stroke pada pukul 12.30 WIB. P : Pasien mengatakan pusing Q : Pusing seperti berputar- putar R : Pusing terasa di kepala atas S : Skala nyeri 5 T : Pusing hilang timbul, untuk waktu $\pm$ 10 menit setelah itu hilang.
Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien mengatakan pasien terdiagnosis hipertensi sejak bulan September 2024 dan pernah dirawat di RSUD dr. Soedomo dengan diagnosis yang sama.
Riwayat Penyakit Keluarga	Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit keturunan

Genogram :**Keterangan :**

□ : Laki-laki

↗ : Pasien

○ : Perempuan

----- : Tinggal Serumah

✕ : Meninggal Dunia

3) Pola Fungsi Kesehatan

Tabel 4.3 Pola Fungsi Kesehatan 1

POLA KESEHATAN	DI RUMAH	DIRUMAH SAKIT
a) Pola nutrisi/ cairan dan <i>metabolisme</i>	Pasien mengatakan makan sehari 3x sehari pada pagi, sore, malam dengan komposisi nasi, lauk, sayur. Pasien minum air putih $\pm$ 5-6 gelas/hari ($\pm$ 1200cc).	Pasien mengatakan saat makan siang (13.00), sekali makan habis 1/2 porsi yang disediakan rumah sakit dengan komposisi bubur halus, sayur, lauk dan buah. Pasien minum air putih $\pm$ 2-4 gelas/hari ($\pm$ 400 cc). Diet klien TKTPRG
b) Pola <i>eliminasi</i>	Pasien mengatakan BAK sehari 4-5x, berwarna kuning jernih, berbau khas. Pasien mengatakan BAB sehari sekali pada pagi hari, berwarna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, dan berbau khas.	Pasien mengatakan BAK menggunakan pispot. Pasien mengatakan terakhir BAB kemarin pagi saat dirumah.

c) Pola aktivitas dan personal hygiene	Pasien mengatakan aktivitasnya dapat dilakukan sendiri tanpa ada bantuan seperti makan, minum berpakaian mandi. Pasien mandi 2x sehari setiap pagi dan sore hari.	Pasien mengatakan saat melakukan aktivitas pasien dibantu oleh istri, seperti mengambil makanan / minuman, berpakaian . pasien mengatakan terakhir mandi dan keramas kemarin sore saat dirumah.
d) Pola tidur dan istirahat	Pasien mengatakan mulai tidur siang biasanya pukul 12.00-14.00 WIB, dan tidur malam pada pukul 21.00-04.30 WIB.	Pasien mengatakan belum tidur sejak bangun tidur tadi pagi dirumah.

Tabel 4.4 Pola Fungsi Kesehatan 2

POLA KESEHATAN		PASIENT
a) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan		Pasien mengatakan memiliki riwayat merokok sejak 23 tahun. Pasien memiliki riwayat peminum alkohol . Pasien juga mengatakan tidak rutin control dan jarang minum obat, minum obat ketika jadi gejala
b) Pola Peran Hubungan / Interaksi Sosial		Pasien mampu berkomunikasi dengan baik, pasien bisa menjawab dengan bahasa Jawa. Pasien mengatakan komunikasi dengan keluarga baik dan tidak ada masalah.
c) Pola Persepsi dan Konsep Diri		Pasien mengatakan merasa tidak berdaya, karena tangan dan kaki sebelah kanan sulit digerakkan. Pasien mengatakan bahwa sakit yang dideritanya adalah ujian dari Tuhan dan pasien berharap segera sembuh.
d) Pola Kognitif/ Sensori- Persepsi		Pasien mampu berorientasi dengan baik, mampu menyebutkan nama orang, waktu, maupun tempat sekarang dirawat. Pasien tidak mengalami penurunan daya ingat.
e) Pola Seksual/ Reproduksi		Pasien mengatakan mempunyai 1 anak laki laki.
f) Pola Penanggulangan Stress		Ketika stress pasien membicarakan dengan keluarga terutama pada istrinya untuk mencari solusi
g) Pola Keyakinan Nilai		Pasien mengatakan agama islam. Sebelum sakit biasanya menjalankan sholat 5 waktu, selama sakit pasien tidak bisa menjalankan sholat 5 waktu dan sholat hanya di tempat tidur dan berdoa karena adanya kelemahan pada kaki dan tangan kanan.

4) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.5 Peeriksaan Fisik

PEMERIKSAAN FISIK	PASIEN
Keadaan Umum :	Keadaan umum lemah pasien tampak terbaring lemas ditempat tidur. Kesadaran CM (<i>Compos Mentis</i>), GCS 4,5,6 = Eye 4 (membuka mata dengan spontan), Verbal 5 (orientasi baik dan sadar), Motorik 6 (mengikuti perintah). Terpasang selang infus pada tangan kiri dengan cairan infus Natrium Chloride 0,9% 14 tpm.
Tanda-tanda vital	TD : 170/105 mmHg N : 79 x / menit RR : 24 x / menit S : 36,5 °C SPO2 : 98%
Kepala dan rambut	Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, rambut kotor, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan pada kepala.
Wajah	Wajah tidak melencong, tidak ada nyeri tekan pada wajah
Mata	Simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sklera putih., pupil isokor, lapang pandang jauh
Telinga	Telinga simetris kanan dan kiri, telinga sedikit kotor, telinga berdenging
Leher	Tidak kaku kuduk Tidak terdapat pembesaran vena jugularis, trakea tepat ditengah, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid.
Mulut	Mulut simetris kanan dan kiri. Mukosa bibir lembab, tidak terdapat sianosis, keadaan mulut dan lidah bersih. Pasien dapat mengunyah dan menelan tanpa gangguan
Pemeriksaan integumen	Kulit lembab, akral hangat, CRT < 2 detik warnakulit sawo matang, turgor ≤ 3 detik
Pemeriksaan dada/ thorax	Inspeksi : bentuk dada normal chest, tidak terdapat retraksi intercosta, RR 24x/menit, tidak terdapat pulsasi. Palpasi : tidak teraba nyeri tekan, tidak terapat pembengkakan, terdapat getaran yang sama pada lapang paru kanan dan kiri Perkusi : suara paru sonor Auskultasi : tidak terdapat suara napas tambahan.
Jantung	Inspeksi : tidak terdapat pulsasi Palpasi : Ictus Cordis teraba di ICS 4-5 midclavícula. Perkusi : suara jantung pekak Auskultasi : terdapat bunyi jantung di S1 (lup), dan S2 (dup)
Pemeriksaan payudara	Payudara simetris kanan dan kiri, aerola berwarna lebih gelap daripada area sekitarnya
Pemeriksaan abdomen	Inspeksi: bentuk abdomen datar, tidak terdapat benjolan Auskultasi: bising usus 6x/menit

	Perkusi : suara perkusi tympani Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat pembesaran hepar
Pemeriksaan genetalia	Klien tidak terpasang selang kateter tidak mengalami inkontinesia.
Ekstremitas	Simetris kanan dan kiri, aktivitas dibantu keluarga,
Reflek fisiologi	kekuatan otot
Reflek patologis	$\begin{array}{c c} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ Reflek biseos (+), refleksi triceps (+), refleksi brachioradialis (+), refleksi patella (+), refleksi achilles (+) Babinski (+), Babinski (-) Chaddock (+), Chaddock (-)
Pemeriksaan neurologis	Kesadaran /GCS : Composmentis/ GCS 4 (Eye),5(Verbal), 6 (Motorik). Kemampuan sensorik : klien mampu merasakan sentuhan, panas, dingin, tajam, tumpul. Kemampuan motorik : klien mengalami kelemahan pada ekstremitas sebelah kanan Nervus : 1) Nervus Olfaktorius Tn.S diminta untuk memejamkan mata dan mencium bau minyak kayu putih, klien dapat mengenali bau tersebut dengan baik. 2) Nervus Optikus Pasien mampu membuka mata secara spontan dan mampu melihat 3) Nervus Okulomotorius Pupil mampu mengecil saat terkena cahaya 4) Nervus Trochlearis Pasien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah 5) Nervus Trigeminalis Pasien mampu merasakan sentuhan 6) Nervus Abducens Pasien mampu menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri 7) Nervus Facialis Pasien mampu untuk berekspresi (meringis,tersenyum) 8) Nervus Vestibulococlearis Pasien mampu mendengar dengan baik,pasien mampu menjaga keseimbangan 9) Nervus Glossofaringeus Pasien mampu membedakan rasa makanan 10) Nervus Vagus Pasien mampu menelan ludah dan makanan 11) Nervus Accessorius Pasien hanya mampu menggerakkan bahu sebelah kiri 12) Nervus Hipoglossus Pasien mampu menjulurkan lidah dan mampu menariknya kembali

5) Pemeriksaan Penunjang

b) Foto Rontgen Thorax PA/AP pada tanggal 09 April 2025 dengan

hasil:

- (1) Cor membesar
- (2) Kesan tampak perivascular haziness di kedua paru
- (3) Kedua hilus tak menebal
- (4) Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam
- (5) Diaphragma, Coste dan Soft tissue normal

c) EKG pada tanggal 09 April 2025 dengan hasil :

Normal sinus rhythm

Normal ECG

d) Darah Lengkap :

Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hematologi Darah Lengkap			
Hemoglobin	10.8	g/dL	13.5 – 18.0
Lekosit	8.0	10	4.0 – 10.5
Trombosit	203		150 - 450
Hematokrit	31.2	%	42.0 – 51.0
Eritrosit	3.60	Juta/uL	3.50 – 4.76
- MCV	86.7	fl	78.0 – 100.0
- MCH	30.0	pg	31.0 – 37.0
- MCHC	34.6	g/dL	37.0 – 54.0
RDW-SD	38.0	fL	37.0 – 54.0
RDW-CV	12.0	%	11.0 – 16.0

PDW	16.4	fL	9.0 – 17.0
MPV	9.8	fL	8.0 – 11.0
Hitung Jenis (DIFF) :			
- Basofi #	0.0		< 0.1
- Eosinofi #	0.3		< 0.7
- neutrofi #	6.2		1.5 – 3.5
- Limfosit #	1.1		1.5 – 3.5
- Monosit #	0.4		< 1.0
Gula Darah			
Glukosa Darah	120	mg/dL	< 180.0
Faal Ginjal			
Ureum	44.3	mg/dL	15.0 – 45.0
Creatin	1.8	mg/dL	0.9 – 1.3
eGFR	4.6		
Faal Hati			
GOT	10.9	U/L	10.0 – 40.0

CT-Scan pada tanggal 09 April 2025 dengan Kesimpulan hasil :

- (1) Sub acute – chronic throembolic cerebral infarction di lobus temporalis kiri
- (2) Sub acute- chronic ishemic cerebral infarction di basal ganglia capsula bilateral pons
- (3) Brain atrofi
- (4) Atherosclerosis MCA bilateral

6) Penatalaksanaan Terapi

Tabel 4.7 Penatalaksanaan Terapi

Tanggal	Terapi	Cara pemberian obat
09 April 2025	- Infus Nacl 0,9% 500 ml/24 jam 14 tpm	Iv
	- Injeksi Citicolin 2x500mg	Iv
	- Injeksi Norages 3x 500mg	Iv
10 April 2025	- Infus Nacl 0,9% 500 ml/24 jam 14 tpm	Iv
	- Injeksi Citicolin 2x500mg	Iv
	- Injeksi Norages 3x 500mg	Iv
11 April 2025	- Infus Nacl 0,9% 500 ml/24 jam 14 tpm	Iv
	- Injeksi citicoline 2x500 mg	Iv
	- Injeksi Norages 3x 500mg	Iv

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa data

No.	Data	Masalah	Etiologi				
1.	Ds : - Pasien mengatakan pusing kepalanya terasa pusing seperti berputar- putar dibagian kepala atas terasa hilang timbul saat istirahat dengan durasi ± 10 menit setelah itu hilang DO : - K/U lemah pasien tampak terbaring lemas ditempat tidur . - Kesadaran Compos Mentis - GCS 4,5,6 - Akral dingin - CRT < 2 detik - Skala nyeri 5 (nyeri sedang) - TTV - TD : 170/105 mmHg - N : 79 x / menit - S : 36,5 °C - RR : 24 x / menit - SPO2 : 98% - Pemeriksaan pununjang : - CT- Scan dengan bacaan : Sub acute – chronic cerebral infarction di basal ganglia et capsula interna bilateral pons Sub acute- chronic throembolic cerebral infarction di lobus Temporalis kiri Brain atrofi Atherosklerosis MCA bilateral	Gangguan perfusi jaringan serebral	Hipertensi ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Stroke infark ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Suplai darah dan O2 ke atas menurun ↓ Resiko gangguan perfusi jaringan serebral ↓ Hasil CT-Scan ↓ Gangguan perfusi jaringan serebral				
2.	DS : - Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah DO : - Tangan dan kaki sebelah kanan mengalami kelemahan - Kekuatan otot <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> - Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) pasien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan - Sebagian kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga : mandi disibin, Ganti pakian, dan Makan.	3	5	3	5	Gangguan mobilitas fisik	Defisit neurologis ↓ Kehilangan control volunteer ↓ Hemiplegia dan Hemiparesis ↓ Kelemahan fisik umum
3	5						
3	5						

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan

No. DX	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1.	09 April 2025	Gangguan perfusi serebral berhubungan hipertensi dibuktikan dengan: Ds : - Pasien mengatakan pusing kepalanya terasa pusing seperti berputar-putar dibagian kepala atas terasa hilang timbul saat istirahat dengan durasi $\pm$ 10 menit setelah itu hilang DO : - K/U lemah pasien tampak terbaring lemas ditempat tidur . - Kesadaran Compos Mentis - GCS 4,5,6 - Akral dingin - CRT < 2 detik - Skala nyeri 5 (nyeri sedang) - TTV TD : 170/105 mmHg N : 79 x / menit S : 36,5 °C RR : 24 x / menit SPO2 : 98% - Pemeriksaan pununjang : - CT- Scan dengan bacaan : Sub acute – chronic cerebral infarction di basal ganglia et capsula interna bilateral pons Sub acute- chronic throembolic cerebral infarction di lobus Temporalis kiri Brain atrofi Atherosklerosis MCA bilateral	12 April 2025	

2.	09 April 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan : DS : - Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah DO : - Tangan dan kaki sebelah kanan mengalami kelemahan - Kekuatan otot <table> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> - Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) pasien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan - Sebagian kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga : mandi disibin, Ganti pakian, dan Makan.	5	3	5	3	12 April 2025
5	3						
5	3						

4.1.5 Intervensi

Tabel 4.10 Intervensi

NO.	Tanggal	Diagnosa	Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional
1.	09 April 2025	Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan hipertensi	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil : 1. Kognitif meningkat 2. Sakit kepala langsung menurun 3. Nilai rata-rata tekanan darah membaik	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran) 3. Monitor MAP 4. Monitor status pernafasan Terapeutik 5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 6. Berikan posisi semi fowler 7. Hindari manuver valsava 8. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan 9. Kolaborasi pemberian diuretik	1. Untuk identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) pasien 2. Untuk monitor tanda/gejala peningkatan TIK pasien 3. Untuk monitor MAP pasien 4. Untuk minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang agar pasien nyaman 5. Memeriksa posisi semi fowler 6. menghindari pemberian cairan IV hipotonik 7. mempertahankan suhu tubuh pasien normal 8. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan 9. Kolaborasi pemberian diuretik

2.	09 April 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang Gerak ROM meningkat 4. Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur) 4. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 8. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, pindah dari sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien 2. Untuk monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 4. Fasilitasi melakukan pergerakan 5. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 6. menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7. menganjurkan melakukan mobilisasi dini 8. mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan pasien
----	---------------	---	--	---	---

4.1.6 Implementasi

Tabel 4.11 Implementasi

No.	Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan / Implementasi	Tanda Tangan
1.	09 April 2025 17.10 17.20 18.25	Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan hipertensi	1) Melakukan Validasi dengan pasien menjelaskan maksud dan tujuan 2) Mengobservasi K/U pasien dengan menilai GCS pasien 3) Mengobservasi TTV dan MAP Hasil : TD : 170/ 105 mmHg MAP : $\frac{170 + 105 \times 2}{3} = 127$ N : 79 x / menit S : 36,5 °C RR : 24 x / menit SPO2 : 98%	
	18.45		4) Mengobservasi penyebab peningkatan TIK pada pasien dengan cara menanyakan masih merasa pusing atau merasakan mual	
	19.10		5) Memantau tanda dan gejala dari peningkatan TIK dengan cara mengobservasi TTV dan menilai GCS	
	19.30		6) Mengganti cairan infus PZ 14 TPM	
	20.35		7) Hindari manuver valsava dengan cara memberitahu keluarga pasien jika pasien ingin muntah jangan menahan nafas atau mengejan kuat, karena dapat memperburuk keadaan pasien yaitu resiko perdarahan ulang.	
	20.40		8) Memberikan posisi head up 30 °	
	20.43		9) Memotivasi pasien untuk istirahat	

2.	16.00	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	1)	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien
	16.10		2)	Memantau kondisi umum selama melakukan mobilisasi
	16.30		3)	Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
	16.40		4)	Fasilitasi melakukan pergerakan
	16.45		5)	melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
	16.50		6)	mejelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
	19.40		7)	menganjurkan melakukan mobilisasi dini
	19.55		8)	mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan pasien

4.1.7 Evaluasi

Tabel 4.12 Evaluasi

No Diagnosa	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Keterangan
1.	09 April 2025	Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan hipertensi	S: Pasien mengatakan pusing kepalanya terasa pusing seperti berputar-putar dibagian kepala atas terasa hilang timbul saat istirahat dengan durasi $\pm$ 10 menit setelah itu hilang O: 1) K/u lemah pasien tampak terbaring lemas ditempat tidur 2) Kesadaran Composmentis 3) GCS 4,5,6 4) CRT : <2 detik 5) Skala nyeri 3 (nyeri ringan) 6) TTV - TD : 150/95mmHg - Nadi : 80 - Suhu: 36,2 - RR :22 - SPO2 : 98% A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi (1, 2, 3,4,5,6,7,8,9)

2.	09 April 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan punurunan kekuatan otot	S: Pasien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan terasa lemah O: 1) Tangan dan kaki tampak lemah 2) Kekuatan otot <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> 3) Gerakan terbatas pada bagian bahu sebelah kanan 4) ADL dibantu keluarga 5) Mandi disibin, Ganti pakian, dan makan A: Masalah Belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi (1,2,3,4,5,6,7,8)	3	5	3	5
3	5						
3	5						

4.1.8 Catatan perkembangan

Tabel 4.13 Catatan perkembangan

Tanggal : 10 April 2025

Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Awal Dinas	Implementasi	Evaluasi Akhir Dinas	TTD
15.00	Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan hipertensi	S :	1) Melakukan Validasi pada pasien menjelaskan maksud dan tujuan	S:	
15.20		Pasien mengatakan pusing dikepalnya sedikit berkurang	2) Mengobservasi k/u pasien dengan menilai GCS pasien	Pasien mengatakan pusing dikepalnya sedikit berkurang	
15.45		terasa seperti berputar-putar dibagian kelapa atas, masih terasa hilang timbul dengan durasi +- 10 menitan setelah itu hilang	3) Mengobservasi tanda dan gejala peningkatan TIK dengan menanyakan apakah pasien masih erasa pusing, mual, mutah, dan kejang	terasa seperti berputar-putar dibagian kelapa atas, masih terasa hilang timbul dengan durasi +- 10 menitan setelah itu hilang	
		O:	4) Inj. Citicoline 500mg	O:	
		1) K/u lemah pasien tampak terbaring lemas ditempat tidur	5) Mengobservasi TTV dan MAP	1) K/u lemah pasien tampak terbaring lemas ditempat tidur	
16.00		2) Kesadaran Composmentis	- TD :145/90mmHg	2) Kesadaran Composmentis	
18.00		3) GCS 4,5,6	MAP : $\frac{145+90 \times 2}{3} = 108$	3) GCS 4,5,6	
		4) CRT : <2 detik	- Nadi : 85 x/menit	4) CRT : <2 detik	
		5) Skala nyeri 3 (nyeri ringan)	- Suhu: 36,2°C	5) Skala nyeri 3 (nyeri ringan)	
		6) TTV	- RR :20 x/menit	6) TTV	
		- TD : 155/95mmHg	- SPO2 : 99%	- TD :145/90mmHg	
		- Nadi : 80 x/menit		- Nadi : 85 x/menit	
		- Suhu: 36,6°C		- Suhu: 36,2°C	
		- RR :20 x/menit		- RR :20 x/menit	
		- SPO2 : 98%		- SPO2 : 99%	
18.30		A:	6) Mengganti cairan infus Pz dalam 14 tpm	- RR :20 x/menit	
		Masalah belum teratasi	7) Hindari manuver valsava dengan cara memberitahu keluarga pasien jika pasien ingin muntah jangan	- SPO2 : 99%	
19.45		P:		A:	
		Lanjutkan Intervensi (1,2,3,4,5,6,7,8,9)		Masalah belum teratasi	

20.00			menahan nafas atau mengejan kuat, karena dapat memperburuk keadaan pasien yaitu resiko perdarahan ulang.	P: Lanjutkan Intervensi(1, 2, 3, 4,5,6,7,8,9)
20.10			8) Memberikan posisi head up 30 ° 9) Memotivasi pasien untuk istirahat	
15.10	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	S: Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan lemah berkurang O: 1) Tangan dan kaki tampak lemah 2) Kekuatan otot	1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien 2) Memantau kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 4) Fasilitasi melakukan pergerakan	S: Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan lemah berkurang O: 1) Tangan dan kaki tampak lemah berkurang 2) Kekuatan otot
16.10		5 3	5) melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	5 3
16.20		5 3	6) menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	5 3
16.30			7) menganjurkan melakukan mobilisasi dini	
16.35			8) mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan pasien	
17.00		3) Gerakan terbatas pada bagian bahu sebelah kanan		3) Gerakan terbatas pada bagian bahu sebelah kanan
17.05		4) ADL dibantu keluarga 5) Mandi disibin, Ganti pakian, dan makan		4) ADL Sebagian dibantu keluarga
20.05		A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi (1, 2, 3,4,5,6,7,8)		A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi (1, 2, 3, 4,5,6,7,8)

Tabel 4.14 Catatan perkembangan

Tanggal : 11 April 2025

Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Awal Dinas	Implementasi	Evaluasi Akhir Dinas	TTD
15.00	Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan hipertensi	S :	1) Melakukan Validasi pada pasien dengan menjelaskan maksud dan tujuan	S:	
15.20		Pasien mengatakan pusing dikepalnya sedikit berkurang terasa seperti berputar-putar dibagian kelapa atas, masih terasa hilang timbul dengan durasi ± 2 menit setelah itu hilang	2) Mengobservasi k/u pasien dengan menilai GCS pasien	Pasien mengatakan pusing dikepalnya sudah tidak pusing lagi	
15.45		O:	3) Mengobservasi tanda dan gejala peningkatan TIK dengan menanyakan apakah pasien masih erasa pusing, mual, mutah, dan kejang	O:	
		1) K/u pasien tampak membaik	4) Inj. Norages 500mg	1) k/u pasien tampak membaik	
16.00		2) Kesadaran Composmentis	5) Mengobservasi TTV dan MAP	2) Kesadaran Composmentis	
18.00		3) GCS 4,5,6	- TD :140/90mmHg	3) GCS 4,5,6	
		4) CRT : <2 detik	MAP : $\frac{140}{90 \times 2} = 106$	4) CRT : <2 detik	
		5) TTV	- Nadi : 80 x/menit	5) TTV	
		- TD : 155/95mmHg	- Suhu: 36,2°C	- TD :140/90mmHg	Masalah teratasi Sebagian : - Pasien sudah tidak pusing - Skala nyeri 0 (sudah tidak merasa pusing) - K/u membaik - Tekanan darah sistolik dan diastolic mulai membaik P: Intervensi dihentikan (pasien pulang)
		- Nadi : 80 x/menit	- RR :20 x/menit	- Nadi : 80 x/menit	
		- Suhu: 36,6°C	- SPO2 : 98%	- Suhu: 36,2°C	
		- RR :20 x/menit	- SPO2 : 99%	- RR :20 x/menit	
		- SPO2 : 98%		- SPO2 : 99%	
		A:		A:	
		Masalah teratasi sebagian		Masalah teratasi Sebagian :	
18.30		- Pusing pasien sudah berkurang	6) Mengganti cairan infus Pz dalam 14 tpm	- Pasien sudah tidak pusing	
19.45		- Skala nyeri 2 (pusing ringan)	7) Hindari manuver valsava dengan cara memberitahu keluarga pasien jika pasien ingin muntah jangan menahan nafas atau mengejan kuat, karena dapat	- Skala nyeri 0 (sudah tidak merasa pusing)	
20.10		- K/u membaik		- K/u membaik	
		- Tekanan darah sistolik dan diastolic mulai membaik		- Tekanan darah sistolik dan diastolic mulai membaik	

20.20		P: Lanjutkan Intervensi (1, 2, 3, 4,5,6,7,8,9)	memperburuk keadaan pasien yaitu resiko perdarahan ulang. 8) Memberikan posisi head up 30 ° 9) Memotivasi pasien untuk istirahat	
15.10	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	S: Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan lemah berkurang O: 1) Tangan dan kaki tampak lemah 2) Kekuatan otot 5 4 5 4	1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien 2) Memantau kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 4) Fasilitasi melakukan pergerakan 5) melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 6) menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7) menganjurkan melakukan mobilisasi dini 8) mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan pasien	S: Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan lemah berkurang O: 1) Tangan dan kaki tampak lemah berkurang 2) Kekuatan otot 5 4 5 4 3) Gerakan terbatas pada bagian bahu sebelah kanan 4) ADL Sebagian dibantu keluarga 5) A: Masalah teratasi sebagian - Kekuatan otot meningkat P: Intervensi dihentikan (pasien pulang)
16.10				
16.20				
16.30				
16.35				
17.00				
20.05				

4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4.15 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Teori	Analisis	
	Fakta	Keterangan
1) Identitas Meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, Pendidikan, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor registrasi, dan diagnostic medis, dan rentang usia stroke diatas 50 tahun	Berdasarkan dari hasil penelitian pasien stroke iskemik pada Tn. S, dengan usia 49 tahun, berjenis kelamin laki- laki, bertempat tinggal di Desa Buluagung, Kec. Karang, Kab. Trenggalek, Pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai wiraswasta, beragama islam, berasal dari suku jawa, Tanggal MRS 09 April 2025 Jam 06:30 WIB, pengkajian tanggal 09 April 2025 jam 15: 00 WIB, dan diagnosa medis CVA Infark	Tidak terdapat kesenjangan
2) Keluhan Utama Mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan dari, pada pasien cva infark biasanya masalah gangguan motoric, kelemahan anggota sebelah badan, sulit komunikasi, nyeri kepala, bicara pelo, gangguan sensor motoric, kejang dan gangguan kesadaran	Saat MRS : pasien mengatakan kepala terasa pusing, tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemas Saat pengkajian :pasien mengatakan kepala terasa pusing, tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemas	Tidak terdapat kesenjangan
3) Riwayat penyakit sekarang : <i>CVA infark</i> biasanya terdapat serangan awal terlebih dahulu dengan tidak disadari pasien, biasanya di temukan gejala awal yaitu sering kesemutan, anggota gerak merasa lemas, terdapat nyeri kepala, mual, muntah, serta kejang sampai tidak sadar , disamping gejala kelumpuhan setengah badan atau gangguan fungsi otak yang lain	Pasien mengatakan sejak bangun tidur tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah kemudian pasien di bawa ke IDG RSUD dr. Soedomo pada pukul 06.30 WIB dengan keluhan pusing, tangan, dan kaki sebelah kanan terasa lemah. Pasien dibawa ke ruang Unit Stroke pada pukul 12.30 WIB.	Tidak terdapat kesenjangan
4) Riwayat penyakit dahulu Terdapat riwayat hipertensi, riwayat CVA sebelumnya, DM, penyakit jantung, anemia,	Pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak bulan September 2024 dan pernah	Tidak terdapat kesenjangan

	riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan	dirawat di RSUD dr. Soedomo dengan diagnosis yang sama.	
5)	Riwayat kesehatan keluarga Riwayat yang terdapat pada keluarga biasanya terdapat riwayat keluarga yang menderita <i>Hipertensi</i> , <i>DM</i> , atau riwayat <i>CVA</i> dari generasi terdahulu.	Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit keturunan	Terdapat kesenjangan
6)	Riwayat psikososial Biasanya pada penderita <i>CVA</i> sangatlah mahal meliputi biaya untuk pemeriksaan, pengobatan, serta perawatan yang bisa mengacaukan keuangan keluarga yang mengakibatkan stabilitas emosi terhadap klien dan keluarga	Pasien mengatakan merasa sedih dan tidak berdaya dengan keadaannya saat ini, karena dapat merepotkan kelu	Tidak terdapat kesenjangan
7)	Pola nutrisi dan metabolisme Terdapat kesulitan menelan, nafsu makan menurun, terdapat mual muntah pada fase akut.	Pasien mengatakan saat dirumah makan sehari 3x sehari pada pagi, sore, malam dengan komposisi nasi, lauk, sayur tetapi saat dirumah sakit Pasien mengatakan makan siang (13.00 WIB), sekali makan habis 1/2 porsi yang disediakan rumah sakit dengan komposisi bubur halus, sayur, lauk dan buah. Pasien mengatakan nafsu makan menurun	Tidak terdapat kesenjangan
8)	Pola eliminasi Adanya konstipasi karena penurunan peristaltik usus yang merupakan pola defekasi, dan terdapat inkontinensia urine.	Saat dirumah : Pasien mengatakan dalam BAB dan BAK pasien tidak ada masalah Pasien mengatakan BAB sehari sekali berwarna kuning kecoklatan, konsisten lembek Saat dirumah sakit : Pasien mengatakan BAK menggunakan pispot. Pasien mengatakan terakhir BAB kemarin pagi saat dirumah. Dalam BAB dan BAK pasien terdapat masalah	Tidak terdapat kesenjangan
9)	Pola aktivitas Terdapat kelemahan, kehilangan sensori atau <i>paralise/hemiplegi</i> , beraktivitas.	Saat dirumah : Pasien mengatakan aktivitas-nya dapat dilakukan sendiri tanpa ada bantuan Saat dirumah sakit : Pasien mengatakan saat melakukan aktivitas sehari-hari sebagian dibantu oleh istri.	Tidak terdapat kesenjangan

10) Pola istirahat dan tidur Biasanya pasien mengalami kesusahan dalam beristirahat karena kejang dan nyeri otot.	Saat dirumah : Pasien mengatakan mulai tidur siang biasanya pukul 12.00-14.00 WIB, dan tidur malam pada pukul 21.00-04.30 WIB. Saat dirumah sakit : Pasien mengatakan belum tidur sejak bangun tidur tadi pagi dirumah.	Tidak terdapat kesenjangan
11) Pola hubungan dan peran Terdapat gangguan bicara sehingga klien mengalami kesukaran perhubungan. dalam peran (Kusyani,2022).	Pasien mampu berkomunikasi dengan baik, tidak ada gangguan bicara cedal/pelo	Terdapat kesenjangan
12) Pola persepsi dan konsep diri Mudah marah, tidak kooperatif, dan merasa tidak ada harapan karena klien merasa tidak berdaya.	Pasien merasa tidak berdaya karena sakit yang diderita	Tidak terdapat kesenjangan
13) Pola sensori dan kognitif Terdapat gangguan penglihatan/kekaburan pandang, sentuhan/perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, sedangkan terdapat penurunan memori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif,	Pasien mampu berorientasi dengan baik. Pasien tidak mengalami penurunan daya ingat.	Terdapat kesenjangan
14) Pola tata nilai dan kepercayaan. Kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh akan menyebabkan klien jarang beribadah.	Pasien mengatakan kesulitan menjalan ibadah karena kelemahan pada kaki dan tangan kanan.	Tidak terdapat kesenjangan
15) Keadaan umum Keadaan umum dengan klien CVA biasanya mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu kesulitan dalam bicara, bicara cedal/pelo, terjadi kelemahan tubuh di salah satu sisi. Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi.	Keadaan umum lemah pasien tampak terbaring lemas ditempat tidur. Kesadaran CM (<i>Compos Mentis</i>), GCS 4,5,6 = Eye 4 (membuka mata dengan spontan), Verbal 5 (orientasi baik dan sadar), Motorik 6 (mengikuti perintah).	Terdapat kesenjangan
16) Pemeriksaan Fisik :		Tidak terdapat kesenjangan

a)	Kepala : Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai, kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat. Muka : Umumnya pada muka tidak simetris (ketidak simetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis).	Inspeksi : Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut hitam sedikit beruban, wajah tidak simetris mengalami kelemahan otot wajah sebelah kiri. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala.	Terdapat Kesenjangan
b)	Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun).	Inspeksi : Simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih. Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema Pemeriksaan visus : Pandangan tidak kabur	
c)	Hidung: Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.	Tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret. Tidak ada perdarahan.	Terdapat Kesenjangan
d)	Telinga : Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga).	Inspeksi : Telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan	Tidak terdapat kesenjangan
e)	Mulut: Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.	Bibir tidak simetris mengarah ke kiri. Tidak ada sianosis, keadaan mulut dan lidah tampak bersih, tidak ada gigi pasangan, mukosa bibir lembab, Klien dapat menjulurkan lidah tetapi condong kekiri	Tidak terdapat kesenjangan

f) Dada/Thorak

(1) Pemeriksaan sistem pernafasan

(a) Inspeksi : Kesimetrisan bentuk dan pergerakan dada, terdapat pulsi jantung atau tidak.

(b) Palpasi : untuk menilai tactile fremitus

(c) Perkusi : untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor.

(d) Auskultasi : Pernafasan pada pasien CVA kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan.

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

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

Perkusi : suara paru sonor

Auskultasi : suara nafas vesikuler tidak terdengar suara nafas tambahan.

Tidak terdapat kesenjangan

(2) Pemeriksaan jantung

(a) Inpeksi : iktus kardus tidak terlihat.

(b) Perkusi : pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak.

(c) Palpasi : tidak ada pembesaran hepar.

(d) Auskultasi : mengetahui suara jantung pertama (S1) terdengar bunyi “lub”, suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi “dub” dan suara jantung tambahan (S3 dan S4). Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung.

Inspeksi : isctus cordis tidak terlihat

Palpasi : ictus cordis teraba di ICS 5,

Perkusi : suara jantung pekak

Auskultasi : bunyi jantung lup dup

Tidak terdapat kesenjangan

g) Abdomen

(1) Inpeksi : Kesimetrisan abdomen terdapat lesi atau edema.

Terdapat Kesenjangan

(2) Auskultasi : Terdengar bising usus biasanya pada pasien CVA bising usus tidak normal. (3) Perkusi ; Terdengar bunyi timpani.. (4) Palpsi: Tidak terdapat nyeri tekan pada 4 kuadran.	Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak adan benjolan, tidak ada lesi. Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak terdapat massa, tidak ada pembesaran hepar. Perkusi : terdengar suara Thympani Auskultasi : bising usus terdegar 7x/menit	Terdapat Kesenjangan				
h) Genetalia : Biasanya pasien CVA terpasang kateter.						
i) Ekstremitas :	Tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/ inkontinensia urine.	Tidak terdapat kesenjangan				
(1) Atas CRT normal < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (Aksesorius) : pasien tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, saat siku ditekuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi reflek bicep (-). Sedangkan pada pemeriksaan refleksi Hoffman tromner jari tidak mengembang ketika diberi reflek Hoffman tromner (+).	Terpasang infus Pz 14 tpm ditangan kanan, ekstremitas sinistra lemah, kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>5</td><td>3</td></tr></table> Nilai 5 : kekuatan otot penuh Nilai 4: tidak kuat bila di beri tekanan	5	3	5	3	
5	3					
5	3					
(2) Bawah Pada pemeriksaan reflek, pada saat pemeriksaan bluedzensky 1 kiri pasien fleksi bluedzensky (+). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang reflek babinsky (+). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon reflek Caddok (+). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawa biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi reflek Openheim (+) dan pada saat betis di remas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa						

reflek Gordon (+). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan reflek Patella (+).

Saraf kranial

- | | | |
|--|--|----------------------------|
| (1) <i>Nervus I (Olfaktorius)</i> : terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, terkadang ada yang dapat menyebutkan bau yang diberikan perawat, namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda. | | Tidak terdapat kesenjangan |
| (2) <i>Nervus II (Optikus)</i> : gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Biasanya lapang pandang klien baik 90°, visus 6/6. | Olfactorius : Penciuman klien baik, klien mampu mencium bau makanan dan bau minyak kayu putih. | Terdapat Kesenjangan |
| (3) <i>Nervus III (Okulomotoris)</i> : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan <i>anisokor</i> , <i>palpebra</i> dan reflek kedip dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata. | Opticus : klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata, klien dapat melihat tulisan pada dinding. | Terdapat Kesenjangan |
| (4) <i>Nervus IV (Trochlearis)</i> : klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah. | | Terdapat Kesenjangan |
| (5) <i>Nervus V (Trigeminus)</i> : klien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada klien koma ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka klien menutup kelopak mata. | Okulomotorius : pupil miosis (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya) | Terdapat Kesenjangan |
| (6) <i>Nervus VI (Abducens)</i> : klien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri. | Trochlear : klien dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah | Terdapat Kesenjangan |
| (7) <i>Nervus VII (Fasialis)</i> : lidah bisa mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, bibir simetris dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. | Trigeminus : reflek berkedip klien positif | Tidak terdapat kesenjangan |
| | | Tidak terdapat kesenjangan |

(8) <i>Nervus VIII (Vestibulococlearis)</i> : klien kurang dapat mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung pada dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.	Abdusen : klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri Fasialis : klien mampu mengerutkan dahi	Terdapat Kesenjangan
(9) <i>Nervus IX (Glosfaringeus)</i> : <i>ovule</i> yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan, dan klien dapat merasakan asam urat.	Vestibulacochlear : Fungsi pendengaran klien sedikit berkurang.	Tidak terdapat kesenjangan
(10) <i>Nervus X (Vagus)</i> : kemampuan klien tidak baik, kesukaran membuka mulut.		Terdapat Kesenjangan
(11) <i>Nervus XI (Asesorius)</i> : klien CVA tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.	Glasofaringeus : klien mengalami kesulitan bicara (pelo), klien masih mampu membedakan rasa makanan.	Tidak terdapat kesenjangan
<i>Nervus XII (Hipoglosus)</i> : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.	Vagus : klien saat makan tidak mengalami kesulitan menelan makanan Aksesorius : klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan Hipoglosus : klien mampu menjulurkan lidah	
17) Diagnosa keperawatan pada klien Cerebro Vaskuler Accident (CVA) menurut (PPNI, 2017) : a) Risiko Perfusi Serebral tidak efektif (D.0017) b) Gangguan perfusi jaringan serebral (D.0054) c) Nyei akut (D.0077) d) Gangguan persepsi sensori (D.0085) e) Resiko jatuh (D.0143) f) Defisit nutrisi (D.0019) g) Gangguan integritas kulit (D.0129)	1) Gangguan Perfusi Jaringan Serebral (D.0054) 2) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054).	Tidak terdapat kesenjangan

h) Gangguan komunikasi verbal (D.0119)		
i) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)		
18) Intervensi : Berdasarkan diagnosa di atas penulis membuat intervensi keperawatan menurut SDKI,SIKI dan SLKI (PPNI, 2017). 1)Gangguan Perfusi Jaringan Serebral (D.0054) 2)Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054).	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran) 3. Monitor MAP 4. Monitor CVP 5. Monitor PAP 6. Monitor ICP 7. Monitor gelombang ICP 8. Monitor status pernapasan 9. Monitor intake dan output 10. Monitor cairan serebro-spinalis (mis, warna, konsentrasi) Terapeutik 11. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 12. Berikan posisi semi fowler 13. Hindari penggunaan PEEP 14. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 15. Atur ventilator agar PaCO ₂ optimal 16. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan 18. Kolaborasi pemberian diuretik	Tidak terdapat kesenjangan

	19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. 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 (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	
19) Implementasi Implementasi merupakan tindakan yang akan dilakukan dari sebuah perencanaan, terdiri dari tindakan mandiri (independen), serta kolaborasi (dependen). Tindakan yang berasal dari keputusan diri sendiri merupakan tindakan mandiri, sedangkan tindakan yang dilakukan berdasarkan hasil keputusan bersama dengan profesi lain merupakan tindakan kolaborasi	Implementasi yang dilakukan pada saat penelitian mengacu pada intervensi yang telah disusun.	Tidak terdapat kesenjangan

20) Evaluasi	Diagnosa 1	Tidak terdapat kesenjangan
Menurut (Hidayat, dalam Kusyani, 2022) dalam mempermudah dalam pemantauan evaluasi keperawatan, biasanya menggunakan komponen SOAP yaitu :	S: Pasien mengatakan masih merasa pusing	
1) S (subjektif): Data subjektif dari keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien).	O: (1) K/u lemah pasien tampak terbaring lemas ditempat tidur	
2) O (objektif): Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat seperti segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.	(2) Kesadaran Composmentis	
3) A (analisis): Kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.	(3) GCS 4,5,6	
(perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.	(4) CRT : <2 detik	
	(5) TTV	
	- TD : 150/95mmHg	
	- Nadi : 80	
	- Suhu: 36,2	
	- RR :24	
	- SPO2 : 98%	
	A: Masalah belum teratasi	
	P: Lanjutkan Intervensi (1,2,3,11,12)	
	Diagnosa 2	
	S: Pasien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan terasa lemah	
	O:	
	(1) Tangan dan kaki tampak lemah	
	(2) Kekuatan otot	
	5 3	
	5 3	
	(3) Gerakan terbatas pada bagian bahu sebelah kanan	
	(4) ADL dibantu keluarga	

(5) Mandi disibin, Ganti pakian, dan makan

A:
Masalah Belu teratasi

P:
Lanjutkan Intervensi (4,6,7,8)

4.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dengan fakta, disusun sesuai dengan tujuan khusus dalam Karya Tulis Ilmiah ini meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Berdasarkan hasil penelitian pada pasien dengan CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek maka didapatkan hasil sebagai berikut :

4.2.1 Pengkajian

1) Riwayat penyakit keluarga

Berdasarkan hasil penelitian didalam keluarga pasien tidak ada yang menderita (DM, Hipertensi dan penyakit Jantung).

Hal tersebut tidak sesuai dengan teori Muttaqin (2022) Adanya riwayat hipertensi pada keluarga, riwayat terjadinya stroke pada keluarga, komposisi keluarga, lingkungan rumah dan komunitas, kultur dan kepercayaan, fungsi dan hubungan keluarga perilaku yang dapat mempengaruhi kesehatan, persepsi keluarga tentang penyakit pasien dan apakah ada anggota keluarga lain yang mengidap penyakit menular.

Dari uraian tersebut didapatkan ketidak sesuaian antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pasien tidak terkena penyakit CVA kerana Riwayat penyakit keluarga tetapi bisa terjadi karna factor gaya hidup atau riwayat penyakit yang dapat memicu munculnya faktor resiko dari CVA

2) Pola hubungan dan peran

Berdasarkan hasil penelitian pasien mampu berkomunikasi dengan baik, tidak ada gangguan bicara cedal/pelo.

Hal tersebut tidak sesuai dengan teori Kusyani (2022) Adanya gangguan bicara sehingga pasien mengalami kesukaran perhubungan. dalam peran.

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa tidak semua penderita CVA mengalami gangguan bicara/pelo. Hal ini dibuktikan dengan pasien mampu berkomunikasi dengan baik

3) Pola sensori dan kognitif

Berdasarkan hasil penelitian pasien mampu berorientasi dengan baik, mampu menyebutkan nama orang, waktu, maupun tempat sekarang dirawat. Pasien tidak mengalami penurunan daya ingat.

Berdasarkan teori terdapat gangguan penglihatan/kekaburan pandang, sentuhan/perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, sedangkan terdapat penurunan memori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif (Tarwoto, dalam Kusyani,2022).

Berdasarkan teori dan fakta terdapat kesenjangan pada pola kognitif, 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

pasien diberikan terapi citicolin yang salah satu kegunaannya untuk mencegah gangguan memori akibat CVA.

4) Keadaan Umum

Keadaan umum lemah. Kesadaran CM (*Compos Mentis*), GCS 4,5,6 = Eye 4 (membuka mata dengan spontan), Verbal 5 (orientasi baik dan sadar), Motorik 6 (mengikuti perintah). TTV TD : 170/105 mmHg N : 79 x / menit S : 36,5 °C RR : 20 x / menit SPO2 : 98%

Berdasarkan teori Keadaan umum dengan klien CVA biasanya mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu kesulitan dalam bicara, bicara cedal/pelo, terjadi kelemahan tubuh di salah satu sisi. Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Tarwoto, dalam Kusyanti, 2022).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa tidak semua penderita CVA mengalami penurunan kesadaran. Hal ini dibuktikan pengalaman Tn. S yang pernah mengalami serangan CVA. Dengan mengenali gejala awal dan segera mencari bantuan medis yang tepat waktu, penderita dapat mencegah penurunan kesadaran dan memperatahkan kemampuan komunikasinya.

5) Pemeriksaan fisik

Berdasarkan hasil penelitian peneliti pada pemeriksaan fisik mata, hidung, abdomen, dan genetalia normal tidak mengalami gangguan.

Secara teori pada meriksaan di pemeriksaan fisik yaitu mata, hidung, abdomen, dan genetalia mengalami gangguan.

- a) Mata mengalami gangguan penurunan penglihatan (rabun).
- b) Hidung adanya pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma, dengan kesulitan
- c) Abdoen adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual mutah fase akut.
- d) Genetalia adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri

Berdasarkan teori dan fakta terdapat kesenjangan peneliti berpendapat penanganan yang cepat dan tepat sehingga tidak terjadi gangguan pada mata, hidung, abdomen, dan genetalia. Dibuktikan dengan pasien pernah mengalami penyakit tersebut 5 bulan yang lalu sehingga dapat meminimalkan resiko yang lebih lanjut.

6) Pemeriksaan Neorologis

Pada pemeriksaan neurologis didapatkan nervus optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abdusen, glasofaringeus, vagus hipoglosus, normal tidak mengalami gangguan.

Secara teori pada pemeriksaan neorologis pada nervus optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abdusen, glasofaringeus, vagus hipoglosus, mengalami gangguan.

- a) Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering di dapati pada pasien hemiplegia kiri

- b) Kelainan nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak dapat bergerak ke atas
- c) Kelainan nervus trochlearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke bawah
- d) Kelainan nervus trigeminus biasanya tidak merasakan sensasi umum pada wajah dan Sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut.
- e) Kelainan nervus abducens menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke kanan dan ke kiri
- f) Kelainan nervus glossofarinkus dapat mengakibatkan tidak bisa atau hilangnya sensasi pasien untuk dapat menyebutkan dan membedakan rasa makanan
- g) Kelainan nervus vagus biasanya pada pasien cva dapat mengalami gangguan menelan
- h) Kelainan nervus hipoglossus biasanya pasien cva tidak dapat menjulurkan, menarik, atau mengangkat lidah

Dari urian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat pada pasien tidak terjadi gangguan pada nervus optikus, okulomotorius, trochlearis, trigeminus, abducens, glossofarinkus, vagus hipoglossus, karena pasien mengalami serangan CVA ke dua dan langsung mendapatkan pertolongan secara cepat dan tepat sehingga bisa memanfaatkan golden periodnya. Oleh karena itu pasien tidak sampai mengalami gangguan pada nervus tersebut, tetapi

terkena hanya pada syaraf yang mengenai ekstremitas bagian kanan (nervus asesorius).

4.2.2 Diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa tidak semua tanda dan gejala yang ada di teori muncul pada pasien CVA *Infark*, akan tetapi peneliti dapat merumuskan beberapa diagnose yang sesuai dengan keluhan yang dialami oleh pasien yaitu Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot .

Menurut SDKI (2017), diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan CVA yaitu sebanyak 9 diagnosa keperawatan, yaitu resiko perfusi jaringan cerebral tidak efektif, gangguan perfusi jaringan serebral, nyeri akut, gangguan persepsi sensori, resiko jatuh, defisit nutrisi, gangguan integritas kulit, gangguan komunikasi verbal, gangguan mobilitas fisik.

Dari uraian tersebut terdapat kesenjangan antara fakta dan teori dimana diagnose yang muncul pada pasien hanya 2 diagnosa sedangkan secara teori pasien dengan CVA *Infark* diagnose yang muncul ada 9. Penulis berpendapat bahwa diagnose keperawatan dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul pada data actual pasien itu sendiri sehingga diagnose yang muncul hanya 2 diagnosa yang dapat dirumuskan.

4.2.3 Implementasi

Implementasi dilaksanakan selama 3 hari dan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun. Dalam pelaksanaannya pada pasien tidak semua rencana yang telah disusun dapat diimplementasikan karena implementasi yang dilaksanakan menyesuaikan dengan kondisi pasien serta standar yang ada dalam lahan penelitian.

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

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat bahwa ditemukan adanya kesenjangan teori dan fakta, dimana pada diagnosa Gangguan Perfusi Serebral intervensi yang dapat diimplementasikan terhadap pasien sebanyak 7 sedangkan menurut teori terdapat 19 intervensi, lalu pada Gangguan Mobilitas Fisik intervensi yang dapat diimplementasikan pada klien sebanyak 6 sedangkan menurut teori terdapat 13 intervensi. Menurut peneliti Intervensi sudah disusun berdasarkan teori, tetapi tidak semua intervensi yang muncul pada teori dapat dilakukan kepada pasien, karena menyesuaikan kondisi actual pada pasien dan menyesuaikan standar operasional yang berlaku pada lokasi pengambilan data.

4.2.4 Evaluasi

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan pasien. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien selama tiga hari. Saat melakukan evaluasi sampai hari ketiga, kondisi pasien sudah mulai ada sedikit perubahan.

Evaluasi sebagai langkah terakhir dalam metode asuhan keperawatan, bertujuan untuk menilai sejauh mana rencana keperawatan telah tercapai. melibatkan perbandingan hasil akhir dengan tujuan dan kriteria yang telah ditetapkan, serta menilai kemampuan pasien dalam mencapai tujuan. Tujuan evaluasi juga menentukan apakah tujuan asuhan keperawatan sudah tercapai/belum, mengkaji apa penyebab tujuan keperawatan belum tercapai (Kusyani, 2022).

Hal ini terjadi pada pasien karena pemulihan pada penyakit CVA membutuhkan waktu yang tidak singkat sehingga memerlukan perawatan yang intensif terlebih pada pasien yang sudah mengalami kelemahan anggota tubuh. Dan untuk perawatan selanjutnya bisa dilakukan oleh keluarga di rumah seperti latihan gerak aktif dan pasif untuk pemulihan anggota gerak yang mengalami kelumpuhan.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan CVA Infark serta menganalisa kesenjangan antara fakta dan teori di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek maka pada pengkajian Tn. S lebih banyak kesesuaian teori dan fakta dari pada kesenjangannya, hal tersebut dibuktikan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

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

5.1.2 Diagnosa

Berdasarkan hasil penelitian pada pasien CVA didapatkan hasil bahwa tidak semua diagnosis dimasukann, peneliti merumuskan beberapa diagnosa Gangguan *perfusi jaringan serebral* berhubungan dengan hipertensi, Gangguan *mobilitas* fisik berhubungan dengan kelemahan otot.

5.1.3 Intervensi

Pada tahap intervensi keperawatan, intervensi disusun berdasarkan teori-teori dari kepustakaan menggunakan dan mengacu pada standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit dan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu pasien dengan Gangguan Perfusi Serebral berhubungan dengan hipertensi, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

5.1.4 Implementasi

Pada tahap perencanaan, intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori teori dari kepustakaan dan referensi yang ada dari SIKI. (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).

5.1.5 Evaluasi

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

5.1.6 Analisa

Berdasarkan data pelaksanaan asuhan keperawatan, peneliti menganalisa pasien didapatkan hasil adanya kesenjangan antara teori fakta pada bagian pengkajian dan perumusan diagnosa. Pada bagian pengkajian kesenjangan yang didapatkan yaitu riwayat penyakit keluarga, pola hubungan dan peran, pola sensori dan kognitif, keadaan umum, pemeriksaan fisik meliputi (mata, hidung, abdomen, genetalia), pemeriksaan neorologis meliputi (optikus, okulomotorius, troklearis,

trigeminus, abducent, glossopharyngeal, vagus hypoglossus). Pada perumusan diagnose didapatkan dari teori tidak semua diagnose yang disebutkan muncul pada pasien.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi lahan penelitian

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

5.2.2 Bagi institusi

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

5.2.3 Bagi peneliti sebelumnya

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

5.2.4 Bagi pasien

Di harapkan pasien dan keluarga mengikuti semua anjuran dari para medis agar dapat mempercepat proses penyembuhan. Pada pasien 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.

5.2.5 Bagi penulis

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

DAFTAR PUSTAKA

- Awan Hariyanto, R. S., 2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah 1: Dengan Diagnosis NANDA Internasional*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- C.Hackley, D. C. d. J., 2000. *Keperawatan Medikal-Bedah Buku Saku dari Brunner & Suddarth*. Jakarta: EGC.
- Dian Handayani, D. D., 2018. Gambaran drug related problems (DRP's) pada penatalaksanaan pasien CVA hemoragik dan CVA non hemoragic di RSUD Dr M Yunus Bengkulu. *Jurnal farmasi dan ilmu kefarmasian Indonesia Vol.5 No.1*, pp. 36-44.
- Doenges, M. E., 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan*. 3 ed. Jakarta: EGC.
- Doengoes, M. E., 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC.
- Huda, A., 2015. *Aplikasi Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC- NOC*. Samarinda: Poltekkes Samarinda.
- Indonesia, D. K. M.-B., 2016. *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah Diagnosis NANDA-1 2015-2017 Intervensi NIC Hasil NOC*. Jakarta: EGC.
- Junaidi, i., 2011. *CVA, waspadai ancamannya*. Yogyakarta: ANDI.
- Mutiarasari, D., 2019. Ischemic CVA: Symptoms, Risk Factors, And Prevention. *Jurnal Ilmiah Kedokteran*, Januari, Volume 6, pp. 67-68.
- Muttaqin, A., 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, A., 2008. *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nisa, N. K., 2019. *Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA (Cerebro Vaskuler Accident) Infark*. Trenggalek: Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
- Permatasari, N., 2020. Perbandingan CVA non hemoragik dengan gangguan motorik. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, Volume 11, pp. 298-299.
- Pranita, E., 2019. KOMPAS. com. [Online] Available at : [https://amp-kompas-com.cdn. ampproject.org/v/s/amp.kompas.com/sains/read/2019/12/12/080324223/CVA-tempati-urutan-keduapenyebab-kematian-kenali-faktor-resikonya?](https://amp-kompas-com.cdn.ampproject.org/v/s/amp.kompas.com/sains/read/2019/12/12/080324223/CVA-tempati-urutan-keduapenyebab-kematian-kenali-faktor-resikonya?) [Accessed Kamis Desember 2019].

- Puspita, B., 2020. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Cerebral Vaskuler Accident*. Trenggalek: Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
- Riskesdes, 2013. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar*. s.l., s.n.
- Rohmah, N. & Walid, S., 2009. *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi Dilengkapi dengan NOC-NIC dan Aplikasi pada Berbagai Kasus*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Santoso, 2011. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8*. Jakarta: EGC.
- Suddarth, B. &., 2013. *Keperawatan Medikal - Bedah Brunner & Suddarth edisi 12*. Jakarta: EGC.
- Tarwoto, 2013. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Sagung Seto.
- Tarwoto, N., 2013. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Walid, N. R. d. S., 2009. *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.

*Lampiran 1 Lembar Persetujuan (Inform Consent)***LEMBAR INFORMED CONSENT**

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

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

09 APRIL 2025

Tanda-Tangan



Suwandi

*Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden***LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

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

Trenggalek, 09 April 2025



(Scwand, i.....)

Lampiran 3 Surat Penelitian



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, 5 Maret 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/140/2025

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 : DEPI PRASETYO

NIM : P17240221027

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

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

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



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

TEMBUSAN disampaikan kepada :

Yth. 1. Sdr. Kasi. Pelayanan Keperawatan.

2. Sdr. Karu Unit Stroke.

3. Peneliti.

Lampiran 4 Surat Balasan Penelitian



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/ 207/406.010.001/18.00/2025

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 : **DEPI PRASETYO**
 NIM : P17240221027
 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
 NIP. 196710302002121002

Lampiran 5 Lembar Format Pengkajian Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA

FORMAT

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CVA



DISUSUN OLEH :

NAMA : _____

N I M : _____

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI D3 KEPERAWATAN TRENGGALEK

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 SAAT INI (P Q R S T)

5. RIWAYAT KESEHATAN / PENYAKIT DAHULU

6. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

7. RIWAYAT KEHIDUPAN SOSIAL

.....

8. POLA KOGNISI

Status Mental Emosional

.....

Mekanisme Koping

.....

Komunikasi

.....

9. STATUS SPIRITUAL

.....

10. POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

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

11. PEMERIKSAAN FISIK

a. Pengkajian Primer

1) Airway

.....

Breathing

.....

2) Circulation

.....

3) Disability

Kualitatif

.....

Kuantitatif

.....

b. Pemeriksaan kepala dan leher (Pemeriksaan Pupil):

.....

c. Pemeriksaan integumen :

.....

d. Pemeriksaan dada / thorax :

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

e. Abdomen :

Inspeksi :

Auskultasi :

Perkusi :

Palpasi :

f. Genetalia :

.....

12. PEMERIKSAAN FUNGSI MOTORIK

.....

PEMERIKSAAN FUNGSI SENSORIK

.....

13. PEMERIKSAAN REFLEK

.....

14. PEMERIKSAAN SARAF KRANIALIS**a. Nervus Olfactorius****b. Nervus Optikus****c. Nervus Okulomotorius****d. Nervus Toklearis****e. Nervus Trigeminus****f. Nervus Abdusen****g. Nervus Fasialis****h. Nervus Auditorius****i. Nervus Glosfaringeus****j. Nervus Vagus****k. Nervus Asesorius****l. Nervus Hipoglosus**

15. PEMERIKSAAN PENUNJANG

.....

16. PENATALAKSANAAN (TERAPI / PENGOBATAN)

.....

Trenggalek, ...

Pembimbing

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

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

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

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN SDKI	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

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

IMPLEMENTASI

NAMA : **UMUR**
:

NO. REG : **RUANG** :

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

EVALUASI

NAMA : **UMUR**
:

NO. REG. : **RUANG** :

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan

CATATAN PERKEMBANGAN

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

Lampiran 6 Lembar Konsultasi



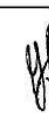
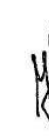
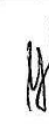
Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Depi Prasetyo
NIM : P17240221027
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien *CVA Infark* Di Ruang
Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
Nama Pembimbing : Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep.,M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1	6-1-2025	Konsultasi judul (“Asuhan Keperawatan Pada Pasien <i>CVA Infark</i> Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”)	
2	9-1-2025	Revisi sesuai masukan • Merapikan penulisan • Mencari data terbaru	
3	13-1-2025	Revisi sesuai masukan • Revisi memperbaiki penyusunan kalimat pada paragraf 1 dan 3	
4	16-1-2025	Revisi sesuai masukan • Revisi penulisan sumber refrensi	
5	21-01-2025	Revisi sesuai masukan : • Revisi margin, halaman dan penomoran disesuaikan pedoman • Memperbarui data pada BAB 1	

		• Penulisan sumber referensi • Penulisan diagnosa	
6	24-01-2025	Revisi sesuai masukan : • Lengkapi kata pengantar dll	
7	27-01-2025	ACC persiapan ujian proposal	
8	14-04-2025	Revisi sesuai masukan : • Konsultasi kondisi klien, diagnosa kemudian melanjutkan Asuhan Keperawatan, laporan hasil dan pembahasan	
9	16-04-2025	Revisi sesuai masukan : • Melengkapi BAB I – BAB V	
10	18-04-2025	Revisi sesuai masukan : • Pada hasil lab di bold jika hasilnya lebih/kurang dari normal • Menambah cara pemberian obat pada terapinya - Mengaplikasikan bahasa pada implementasi	
11	21-04-2025	Revisi sesuai masukan : • Pada pengkajian di BAB V antara kesenjangan / kesesuaian lebih dominan yang mana • Spesifik saran lahan dan penelitian selanjutnya pada BAB V	
12	23-04-2025	ACC Ujian Hasil Penelitian	



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Depi Prasetyo
NIM : P17240221027
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien *CVA Infark* Di Ruang
Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
Nama Pembimbing : Mimik Christiani S.ST.,M.Kes.

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1	11-02-2025	Revisi seminar proposal: • Menambahkan judul dari cva umum menjadi cva infark • Mencari data terbaru di bab 1 • Mencari klasifikasi dan manifestasi yang lebih spesifik pada pasien cva infark • Batasan masalah bab 1 diganti • Bab 3 bagian partisipan harus lengkap kriteria pasien • Menambahkan sumber dari diagnosa dan intervensi	
2	14-02-2025	ACC seminar proposal karya tulis ilmiah	
3	19-05-2025	Revisi sesuai masukan : • Pada bagian SOAP untuk P ditulis nomer yang akan dilakukan untuk implementasi selanjutnya	

		• Pada pembahasan opini harus dilihat dari kondisi pasien langsung	
4	21-05-2025	Revisi sesuai masukan : • Intervensi disesuaikan dengan kasus dan kondisi pasien • Pembahasan pada nervus dijadikan satu	
5	23-05-2025	ACC Karya tulis ilmiah	