

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN CVA (CEREBRO
VASCULAR ACCIDENT) INFARK DI RUANG FLAMBOYAN**

RSUD Dr. SOEDOMO TRENGGALEK

KARYA TULIS ILMIAH

OTITA PRADNYA PRAMITARI

NIM : P17240223059



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI D3 KEPERAWATAN KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN CVA (CEREBRO
VASCULAR ACCIDENT) INFARK DI RUANG FLAMBOYAN**

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**

OTITA PRADNYA PRAMITARI

NIM : P17240223059



KEMETERIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI D3 KEPERAWATAN KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK

2025

CURRICULUM VITAE

Nama : Otita Pradnya Pramitari

Tempat/tanggal lahir : Malang, 12 Maret 2004

Agama : Islam

Alamat : Jl. Menteng no.2, Kel. Bareng, Kec. Klojen, Kota
Malang, Jawa Timur 65116

Alamat Email : otitapradnyapramitari@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK RA Sunan Ampel (2008-2010)
2. SDN 01 Sumberagung (2010-2016)
3. SMPN 01 Ngantang(2016-2019)
4. SMKN 02 Malang (2019-2022)
5. Polkesma Prodi D3 Keperawatan Trenggalek (2022- Sekarang)



PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Otita Pradnya Pramitari

NIM : P17240223059

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

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

Mengetahui,

Trenggalek,

Pembimbing



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

Yang membuat pernyataan

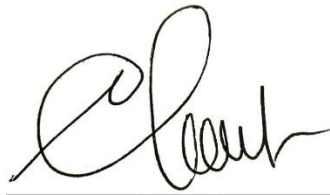
Otita Pradnya Pramitari
P17240223059

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Otita Pradnya Pramitari (P17240223059) dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan CVA Infark di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Soedomo Trenggalek”**, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 7 Mei 2025

Dosen Pembimbing

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mimik Christiani', written over a horizontal line.

Mimik Christiani, SST, M.Kes
NIP. 196912181994032005

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Otita Pradnya Pramitari (P17240223059) dengan judul “**Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan CVA Infark di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Soedomo Trenggalek**”, telah dipertahankan didepan dewan penguji pada

Penguji I



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

Penguji II



Mimik Christiani, SST, M.Kes
NIP. 196912181994032005

Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



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

MOTTO

"Life can be heavy, especially if you try to carry it all at once, part of growing up and moving into new chapters of your life is about catch and release. What i mean by that is knowing what things to keep and what thing to release. You can't carry all things, all grudges, all updates on your ex, all enviable promotions you school bully got at the bedge fund his uncle started. Decide what is yours to hold and let the rest go"

~Taylor Swift

"Allah tidak mengatakan hidup ini. Tetapi Allah berjanji, bahwa sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan" (QS. Al-Insyirah: 5-6)

"Hatiku tenang karena mengetahui bahwa apa yang melewatkan ku tidak akan pernah menjadi takdir ku, dan apa yang ditakdirkan untuk ku tidak akan pernah melewatkan ku" (Umar bin Khattab)

LEMBAR PERSEMBAHAN

Yang Utama Dari Segalanya

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

1. Sebagai tanda bukti dan rasa terimakasih yang tiada terhingga, kupersembahkan karya kecil ini kepada Ibunda Ninik Supartinik dan Ayahanda Eko Suyanto yang telah memberikan kasih sayang secara restu, nasehat, dan cinta kasih yang tak terhingga, yang mungkin tidak dapat kubalas dengan selembar kertas bertuliskan kata persembahan. Akhirnya aku bisa mengikuti jejak kalian untuk duduk di bangku perkuliahan ini meskipun tak sehebat kalian. Terimakasih atas dukungan dan kehidupan yang sangat layak selama merantau di kota orang ini, tidak pernah sekalipun anakmu ini merasakan kekurangan. Terimakasih atas doa yang selalu kalian panjatkan untukku, dan terimakasih karena sudah menjadi tempat pulang ternyaman, teraman setelah menghadapi berbagai kesulitan di perantauan. Terimakasih karena kerap mengunjungiku hanya untuk memastikan aku baik-baik saja meskipun badan kalian lelah. Menjadi suatu kebanggaan memiliki orang tua seperti ayah dan ibu yang hebat. Semoga Allah senantiasa memberikan kesehatan, rezeki, keberkahan, kebahagiaan kepada ayah dan ibu.
2. Kupersembahkan juga kepada kedua kakakku, Mas Gufron dan Mas Rio serta istrinya, Mbak Sabrina dan Mbak Nada. Terimakasih untuk segala motivasi, dukungan dan doa yang kalian berikan untukku. Terimakasih telah ada di kehidupan ini dan menjadi kakak yang terbaik yang selalu mengayomi, mengajarkan, memberikan, dan mengapresiasi adikmu ini.

3. Kedua keponakanku, Ganang dan Zuko yang sangat lucu nan menggemaskan. Terimakasih karena selalu menghibur tante dengan kerandoman tingkah laku kalian. Kelak nanti tumbuhlah menjadi orang yang bermanfaat dan menjadi kebanggaan.
4. Kedua sahabat kecilku, Nur Fitri Rahmawati dan Fida Cahya Sasmita. Terimakasih karena selalu menjadi garda terdepan, selalu menemaniku di keadaan suka maupun duka, selalu mendengarkan keluh kesah, selalu menyempatkan waktu di sela-sela kesibukannya dan memberikan ketenangan. Di kehidupan selanjutnya semoga kalian menjadi apa yang kalian inginkan, dan tetaplah menjadi sahabat terbaikku.
5. Teruntuk sahabat seperjuangan, teman-teman kos Griya Yasmin, Laurenz, Rozalin, Salma, Cinta, Ratih, Hanif, Seila, Siti Hajar, Shafila. Terimakasih sudah menemani selama masa perkuliahan, terimakasih atas dedikasi waktu, ilmu dan materi yang telah kita jalani bersama-sama. Semoga setelah lulus nanti kita tetap saling menyapa dan bisa bertemu lagi. Selamat melanjutkan ke kehidupan yang sebenarnya untuk kalian.
6. Teruntuk pemilik NIM P17240223031, yang tak kalah penting kehadirannya, yang menjadi salah satu penyemangat karena selalu ada dalam suka maupun duka, selalu kebersamai selama perkuliahan hingga penulisan karya tulis ini selesai. Terimakasih karena telah memberikan rasa cinta yang luar biasa setelah patah hati terbesarku. Terimakasih sudah menjadi saksi penulisan karya tulis ini. Terimakasih karena selalu mendahulukan kepentinganku, meluangkan waktu, memberikan tenaga, pikiran maupun materi. Selamat juga karena sudah menyelesaikan perkuliahan ini dengan tepat waktu. Semoga Allah mengganti berkali-kali lipat kebaikanmu dan dipermudah segala niat baikmu, Aamiin.
7. Kepada Bu Mimik, Bu Tunik, dan Bu Elok selaku pembimbing, dan penguji saya. Terimakasih saya ucapkan kepada Ibu karena sudah menemani dan membimbing saya dengan sabar. Terimakasih sudah menganggap saya seperti anak sendiri, yang tidak pernah bosan mengingatkan saya untuk segera menyelesaikan tugas, memberikan arahan ketika saya mulai putus asa, dan

menyempatkan waktu di sela-sela kesibukan. Semoga ilmu yang ibu berikan untuk anak didik akan menjadi amal jariyah. Terimakasih kepada ibu, rindu ini pasti saya sampaikan untuk kalian.

8. Yang terakhir, untuk diriku sendiri. Terimakasih karna telah bertahan hingga saat ini, yang mungkin banyak tidak percayanya jika hari ini bisa, tapi terimakasih telah menunjukkan bahwa kamu selalu menjadi versi terbaik di setiap harinya. Terimakasih karena memutuskan untuk tidak menyerah sesulit apapun proses perkuliahan ini. Ingatlah bahwa setiap proses adalah perjalanan yang harus dilewati dengan ikhlas. Berbahagialah selalu kapanpun dan dimanapun berada Tita, mari rayakan untuk kelebihan dan kekurangan yang kamu miliki.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT berkat Rahmat, Hidayah, dan Karunia-Nya kepada kita semua sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan keperawatan pada pasien dengan CVA Infark di RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**. Karya Tulis Ilmiah program Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

Penulis menyadari pada penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak akan selesai tanpa bantuan dan masukan dari berbagai pihak. Karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen., M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan 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 D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan dorongan, perhatian, bimbingan, pengarahan serta saran sehingga terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini’
4. Dr. Mokh. Rofiq Hindiono, M.M.R.S. selaku Direktur RSUD dr. Soedomo yang telah memberikan izin praktek dan penelitian di RSUD dr. Soedomo, Trenggalek.

5. Eko Atmaja, A.Md.Kep., selaku Kepala Ruang Flamboyan yang telah memberikan ilmu dan pengalaman selama penelitian di ruangan.
6. Mimik Christiani, SST, M.Kes., selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberi pengarahan, revisi dan saran kepada penulis dalam menyempurnakan isi dari Karya Tulis Ilmiah.
7. Ns. Tunik, S.Kep.,M.Kep., selaku ketua penguji pada ujian karya tulis ilmiah yang telah berkenan memberikan masukan dan koreksi demi tersusunnya karya tulis ilmiah yang lebih baik.
8. Dosen dan Staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Partisipan yang telah bersedia menjadi responden untuk penelitian Karya Tulis Ilmiah.

Penulis berusaha semaksimal mungkin untuk dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan sebaik-baiknya dan harapannya Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat baik kepada penulis sendiri maupun kepada para pembaca. Namun demikian penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang membangun dari semua pihak yang terkait demi tercapainya suatu kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Trenggalek,, 2025

Penulis

ABSTRAK

Otita Pradnya P (2025). *Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA Infark di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi DIII Keperawatan Malang, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing: Mimik Christiani, SST., M. Kes.

CVA merupakan penyebab kecacatan pertama dan penyebab ketiga kematian. CVA *infark* merupakan salah satu penyakit akibat aterosklerosis yang pada akhirnya menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah di otak manusia. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien CVA *Infark* yang mengalami gangguan komunikasi verbal di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Penelitian menggunakan deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus yang dilakukan pada 17-19 April 2025. Penelitian ini menggunakan teknik pemeriksaan fisik, analisa data, observasi secara langsung, dan analisa yang dilakukan dengan cara membandingkan antara teori, fakta dan opini dalam bentuk tabel. Hasil penelitian ditemukan masalah keperawatan yaitu gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan ateroklerosis, dan gangguan komunikasi verbal berhubungan penurunan sirkulasi serebral. Intervensi keperawatan dituliskan berdasarkan permasalahan pasien dan disesuaikan dengan kondisi pasien. Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi dan menyesuaikan dengan kebutuhan serta kondisi pasien. Evaluasi dilakukan selama tiga hari dengan menggunakan SOAP. Hasil penelitian menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta yaitu pada pola nutrisi dan metabolisme, pola eliminasi, pola aktivitas, pola kognitif dan sensori, pemeriksaan fisik (hidung, telinga, pemeriksaan dada, abdomen, ekstremitas). Studi kasus ini diharapkan menjadi sumber informasi bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien CVA *Infark*, sehingga dapat mempercepat pemulihan dan mencegah munculnya komplikasi lebih lanjut.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan, CVA Infark, Gangguan Komunikasi Verbal.

ABSTRACT

Otita Pradnya P (2025). *Nursing Care for CVA Infarction Patients in the Flamboyant Room of Dr. Soedomo Trenggalek Hospital*. Case Study Scientific Paper, DIII Nursing Study Program Malang, Department of Nursing, Health Polytechnic of the Ministry of Health Malang. Supervisor: Mimik Christiani, SST., M. Kes.

CVA is the leading cause of disability and the third leading cause of death. CVA infarction is one of the diseases caused by atherosclerosis, which ultimately leads to blockages in the blood vessels of the human brain. The purpose of this study is to provide nursing care to CVA infarction patients with verbal communication disorders in the Flamboyant Room of Dr. Soedomo Trenggalek Regional General Hospital. The study employed a qualitative descriptive approach using a case study methodology conducted from April 17–19, 2025. The research utilized physical examination techniques, data analysis, direct observation, and analysis through comparison between theory, facts, and opinions presented in tabular form. The study identified nursing issues, including cerebral tissue perfusion impairment related to atherosclerosis and verbal communication impairment related to reduced cerebral circulation. Nursing interventions were developed based on the patient's issues and tailored to their condition. Nursing implementation was carried out in accordance with the interventions and adapted to the patient's needs and condition. The evaluation was conducted over three days using SOAP. The results of the study showed a gap between theory and fact, namely in nutritional and metabolic patterns, elimination patterns, activity patterns, cognitive and sensory patterns, and physical examinations (nose, ears, chest, abdomen, extremities). This case study is expected to serve as a source of information for future researchers in providing nursing care to CVA Infarction patients, thereby accelerating recovery and preventing further complications.

Keywords: Nursing Care, CVA Infarction, Verbal Communication Disorders.

DAFTAR ISI

CURRICULUM VITAE.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
MOTTO	vi
LEMBAR PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	x
ABSTRAK	xii
ABSTRACT.....	xiii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xivvii
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xxx
DAFTAR ISTILAH.....	xxix
DAFTAR SINGKATAN.....	xxvi
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	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	6
1.5.1 Manfaat Teoritis	6
1.5.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2.....	8
TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Penyakit	8

2.1.1 Definisi Penyakit	8
2.1.2 Klasifikasi	8
2.1.3 Etiologi	9
2.1.4 Manifestasi Klinis	12
2.1.5 Komplikasi	17
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	18
2.1.7 Penatalaksanaan.....	20
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke	25
2.2.1 Pengkajian.....	25
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	37
2.2.3 Intervensi Keperawatan	52
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	67
2.2.5 Evaluasi.....	67
BAB 3.....	69
METODE PENELITIAN	69
3.1 Desain Penelitian	69
3.2 Batasan Istilah	70
3.3 Partisipan.....	71
3.4 Lokasi Dan Waktu.....	71
3.4.1 Lokasi Penelitian	71
3.4.2 Waktu Penelitian	71
3.5 Pengumpulan Data.....	72
3.5.1 Bahan Instrument	72
3.5.2 Metode Pengumpulan Data.....	72
3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data.....	72
3.6 Keabsahan Data.....	74
3.7 Analisa Data.....	75
3.8 Etika Penelitian	76
BAB 4.....	78
HASIL DAN PEMBAHASAN	78

4.1. Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	78
4.1.2. Pengkajian	79
4.1.3 Analisa Data.....	86
4.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	87
4.1.5 Intervensi	89
4.1.6 Implementasi	92
4.1.7 Evaluasi.....	93
4.1.8 Catatan Perkembangan	95
4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan.....	98
4.2 Pembahasan	109
4.2.1 Diagnosa Keperawatan.....	114
4.2.2 Intervensi Keperawatan	115
4.2.3 Implementasi.....	116
4.2.4 Evaluasi	117
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	118
5.1 Kesimpulan	118
5.1.1 Pengkajian	118
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	118
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	118
5.1.4 Evaluasi	119
5.2 Saran.....	119
5.2.1 Bagi Lahan Penelitian	119
5.2.2 Bagi Institusi.....	120
5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya	120
5.2.4 Bagi Klien.....	120
5.2.5 Bagi Penulis	120
DAFTAR PUSTAKA	121

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 Genogram Pasien	79
----------------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tingkat Kesadaran Berdasarkan Kuantitatif	30
Tabel 2.2 Kekuatan Otot.....	35
Tabel 2.3 Batasan Karakteristik Defisit Nutrisi	40
Tabel 2.4 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik.....	43
Tabel 2.5 Batasan Karakteristik Nyeri Akut	44
Tabel 2.6 Batas Karakteristik Gangguan Persepsi Sensorik	45
Tabel 2.7 Batasan Karakteristik Gangguan Komunikasi Verbal	47
Tabel 2.8 Batasan Karakteristik Gangguan Integritas Kulit.....	50
Tabel 2.9 Intervensi Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif ..	53
Tabel 2.10 Intervensi Keperawatan Defisit Nutrisi	55
Tabel 2.11 Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik	57
Tabel 2.12 Intervensi Keperawatan Nyeri akut	59
Tabel 2.13 Intervensi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori	60
Tabel 2.14 Intervensi Keperawawatan Gangguan Komunikasi Verbal	61
Tabel 2.15 Intervensi Keperawatan Gangguan intergitas kulit	63
Tabel 2.16 Intervensi Keperawatan Resiko Jatuh.....	64
Tabel 4.1 Identitas pasien.....	79
Tabel 4.2 Riwayat penyakit.....	79
Tabel 4.3 Pola Fungsi Kesehatan	80
Tabel 4.4 Pola Fungsi Kesehatan	80
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik	81
Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	84
Tabel 4.7 Penatalaksanaan (Terapi / Pengobatan).....	85
Tabel 4.8 Analisa Data	86
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan.....	87
Tabel 4.10 Intervensi.....	89
Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan.....	92
Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan	93
Tabel 4.12 Catatan Perkembangan	94

Tabel 4.12 Catatan Perkembangan	95
Tabel 4.13 Hasil Analisis	96

DAFTAR LAMPIRAN

Lembar Informed Consent	120
Lembar Persetujuan Menjadi Responden	121
Format Pengkajian	122

DAFTAR ISTILAH

Afasia	: Kesulitan dalam bicara.
Analgesik	: Sekelompok obat yang digunakan sebagai Pereda nyeri.
Aneurisma	: Suatu area yang membengkak dan lemah didalam arteri.
Antifibrinolitik	: Obat yang digunakan sebagai terapi yang dapat mencegah terjadinya risiko re-bleeding.
Antihipertensi	: Kelompok obat yang digunakan untuk menurunkan tekanan darah akibat hipertensi.
Antikoagulan	: Obat yang berfungsi mencegah pengumpalan darah.
Aorta	: Pembuluh darah arteri terbesar yang mengalirkan darah dari jantung kemudian dilanjutkan ke bagian cabang tubuh.
Aritmia	: Detak jantung yang tidak normal, tidak beraturan, terlalu cepat, atau terlalu lambat.
Arteri	: Detak jantung yang membawa darah dari jantung dan menyebarkan darah beroksigen ke beberapa bagian tubuh.
Arteritis	: Kondisi medis yang ditandai dengan peradangan pada arteri-arteri terbesar pada tubuh dan cabang-cabang utamanya (aorta) yang menghantarkan darah kaya oksigen dari jantung ke seluruh tubuh
Arteriosklerosis	: Pengerasan atau penyempitan arteri yang disebabkan oleh plak kolesterol yang melapisi arteri dari waktu ke waktu. Gangguan keseimbangan atau koordinasi, dapat disebabkan
Ataksia	: karena kerusakan otak, saraf, atau otot.

	Kondisi ketika jaringan otot berkurang sehingga tampak lebih
Atropi	: kecil dari biasanya.
	Melihat dua bayangan dari satu objek, juga dikenal sebagai
Diplopia	: penglihatan ganda.
	Gangguan bicara akibat kelemahan pada fungsi otot yang
Disatria	: digunakan untuk berbicara.
	Kesulitan menelan makanan atau cairan yang timbul dari
Disfagia	: tenggorokan atau kerongkongan, mulai dari kesulitan ringan untuk menyelesaikan dan penyumbatan dengan rasa sakit.
	Kondisi ketika pembuluh darah tersumbat oleh zat asing.
Emboli	: Infeksi lapisan dalam jantung, biasanya melibatkan katup
Endokarditis	: jantung.
	Kondisi ketika serambi (atrium) jantung berdenyut dengan
Fibrilasi	: tidak beraturan dan cepat.
	Otot lemah atau kelumpuhan parsial pada satu sisi tubuh yang
Hemiparesis	: dapat mempengaruhi lengan, kaki, dan otot wajah.
	Tidak adanya cukup oksigen dalam jaringan untuk
Hipoksia	: mempertahankan fungsi tubuh.
	Darah yang menambah kental yang menyebabkan hematokrit
Hyperkoagulasi	: meningkat sehingga dapat melambatkan aliran darah.
	Kondisi ketika hilangnya kontrol kandung kemih sehingga kesulitan dalam menahan buang air kecil.
Inkontinensia	: Pendarahan spontan yang bukan disebabkan oleh trauma, yang darahnya masuk parenkim otak membentuk hematoma.

Intraserebral	: Proses kelainan yang disebabkan oleh kegagalan atau ketidaksempurnaan dari satu atau lebih proses embriogenesis.
Malformasi	: Kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup
Mobilisasi	: sehat. Kelainan pada darah yang menyebabkan tubuh memproduksi terlalu banyak sel darah merah.
Polisitemia	: Latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan pergerakan
Range of Motion	: sendi secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot. Penimbunan darah di dalam lapisan pelindung otak. Suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu
Subarachnoid	: bagian pada otak tiba-tiba menjadi terganggu.
Stroke / CVA	: Terjadi ketika pembuluh darah lemah pecah dan berdarah ke dalam otak.
Stroke Hemoragic	: Terjadi ketika aliran darah ke otak tersumbat oleh bekuan darah.
Stroke Iskemik	: Serangan yang terjadi saat pasokan darah ke otak mengalami gangguan sesaat Jumlah total dari tekanan yang diberikan oleh otak, darah, dan
TIA	: cairan, cerebrospinal didalam ruang kranium yang kaku. Penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena
TIK	: adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya

iskemik.

Thrombosis : Gumpalan darah yang terbentuk pada dinding pembuluh darah.

:

DAFTAR SINGKATAN

1. ADL : Activity Daily Life
2. AHA : American Heart Association
3. CVA : Cerebro Vascular Accident
4. CT Scan : Computed Tomography Scan
5. GCS : Glasgow Coma Scale
6. Hb : Hemoglobin
7. MRI : Magnetic Resonance Imaging
8. NANDA : North American Nursing Diagnosis Association
9. NIHSS : National Institutes of Health Stroke Scale
10. PPNI : Persatuan Perawat Nasional Indonesia
11. ROM : Range of Motion
12. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
13. TIK : Tekanan Intrakranial
14. WSO : World Stroke Organization

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan keperawatan merupakan rangkaian interaksi antara perawat dengan pasien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian pasien dalam merawat dirinya (Kementrian Kesehatan RI, 2019). CVA atau biasa disebut dengan stroke merupakan penyebab kecacatan pertama dan penyebab ketiga kematian setelah penyakit jantung koroner dan kanker, yang dimana stroke dibedakan menjadi 2 jenis stroke yaitu 2 iskemik dan hemoraghic (Harahap, 2021). CVA merupakan gangguan saraf karena terjadi gangguan aliran darah pada otak sehingga pembuluh darah di otak rusak, ini berlangsung selama 24 jam atau lebih (Kusyani A., 2019). *Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark* adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah ke otak, yang terjadi akibat pembentukan thrombus di arteri cerebrum atau embolis yang mengalir ke otak, sehingga pembuluh darah di otak menyempit atau tersumbat oleh pembentukan timbunan lemak yang disebut plak. Gangguan komunikasi verbal didefinisikan sebagai penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan atau menggunakan sistem simbol. Penyebabnya dapat meliputi penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler, gangguan pendengaran, dan gangguan muskuloskeletal. Untuk penanganan, penting untuk meningkatkan kemampuan berbicara, mendengar, serta ekspresi wajah dan kontak mata pasien. Penyakit ini dapat mengancam jiwa seseorang dan dapat menyebabkan

kerusakan otak permanen. Sepertiga dari mereka meninggal setiap tahunnya, dan sisanya menderita cacat permanen seperti lumpuh (Sholeh N. A., 2019). Untuk mencegah risiko tinggi kematian pada pasien stroke, diperlukan peran perawat untuk menanggulangi penyakit stroke dengan cara memberikan dukungan dan asuhan keperawatan kepada pasien stroke (Novitasari, 2021). Perawat memegang peranan penting selama fase perawatan pasien stroke dimulai dengan pencegahan primer, fase akut, rehabilitasi dan kembali ke komunitas. Semua peran perawat yang meliputi caregiver, advocate, educator, coordinator, discharge planner, change agent, dan researcher diaplikasikan pada semua fase perawatan pasien stroke.

Stroke merupakan penyebab utama disabilitas dan kematian nomor dua di dunia. Prevalensi stroke menurut data *World Stroke Organization* menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke, dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Sekitar 70% penyakit stroke dan 87% kematian dan disabilitas akibat stroke terjadi pada negara berpendapatan rendah dan menengah. (Barkah, 2022). Di Indonesia, stroke menjadi penyebab utama kecacatan dan kematian, yakni sebesar 11,2% dari total kecacatan dan 18,5% dari total kematian. Menurut data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3% per 1.000 penduduk. (Kemenkes, 2024). Sedangkan untuk Prevalensi stroke di Jawa Timur pada tahun 2021 yaitu 12,4‰ (Putri, 2023).

Penderita stroke di Provinsi Jawa Timur menurut Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2019 mencapai 22.120 jiwa atau 12,4% dan menduduki peringkat 8 di Indonesia (Kemenkes, 2019). Sementara itu data dari rekam

medik di RSUD dr. Soedomo Trenggalek jumlah kasus *CVA Non Hemoragik* sejumlah 775 kasus. Berdasarkan data yang didapat dari Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo pada tahun 2023 mulai bulan Januari hingga bulan Februari jumlah kasus *CVA Infark* di Ruang Unit Stroke sebanyak 125 kasus (Fanti Eka Susanti, 2023)

Terjadinya stroke ini salah satunya ketika pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyumbatan dan ruptur, sehingga kekurangan oksigen menyebabkan fungsi kontrol gerakan tubuh yang dikendalikan oleh otak tidak berfungsi (Maesarah & Supriyanti, 2023). Faktor resiko stroke dapat dikategorikan menjadi 2 faktor yaitu factor yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, merokok, diet, dan aktivitas. Sedangkan factor resiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia, jenis kelamin, dan rasa atau etnik (Boehme, 2018). Tanda dan gejala yang muncul pada pasien CVA tergantung bagian mana yang diserang dan terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada kondisi stroke akut biasanya muncul tanda dan gejala yaitu hemiparesis, penurunan kesadaran, afasia, disatria, gangguan penglihatan, ataksia, mual muntah dan nyeri kepala (Rahmadani, 2019). *Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark* disebabkan karena adanya penyumbatan pembuluh darah ke otak yang di sebabkan oleh dua hal, yaitu pertama adalah tersumbatnya pembuluh darah otak oleh emboli, yang merupakan bekuan darah yang berasal dari thrombus jantung. Yang kedua adalah terjadinya penebalan pada dinding pembuluh darah disebut dengan atherosclerosis, dan terjadi peradangan serta memunculkan sensasi

nyeri di sendi (Permatasari, Lyana Kartika, 2023).

Penatalaksanaan *Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark* dapat berupa farmakologis dan non farmakologis. Terapi farmakologis yang dapat diberikan obat-obatan yaitu anti hipertensi, sedangkan terapi non farmakologis meliputi perubahan gaya hidup, aktivitas fisik, dan terapi relaksasi (Pinasthika, 2018). Keperawatan pada pasien *CVA Infark* difokuskan pada stabilisasi kondisi pasien, pemulihan fungsional, dan pencegahan komplikasi. Proses perawatan dimulai dengan identifikasi kondisi pasien melalui penilaian klinis yang menyeluruh, termasuk penggunaan skala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) untuk menilai tingkat keparahan stroke. Selain itu, pemeriksaan penunjang seperti CT scan atau MRI juga diperlukan untuk memastikan diagnosis infark otak dan menentukan lokasi serta luasnya kerusakan otak. Setelah diagnosis ditegakkan, intervensi medis segera dilakukan untuk mengembalikan aliran darah ke otak, seperti pemberian trombolitik pada fase akut atau prosedur pembedahan pada beberapa kasus tertentu. Asuhan keperawatan pada pasien *CVA infark* tidak hanya terbatas pada fase akut, tetapi juga mencakup perawatan lanjutan untuk mencegah terjadinya stroke ulang dan mengoptimalkan pemulihan fungsi motorik dan kognitif. Rehabilitasi pasien melalui terapi fisik, okupasi, dan bicara sangat penting untuk memulihkan kualitas hidup pasien. Selain itu, pengelolaan faktor risiko seperti kontrol tekanan darah, pengaturan pola makan, serta edukasi kepada keluarga mengenai cara merawat pasien CVA juga merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan. Oleh karena itu, kolaborasi antara tim medis dan perawat

sangat penting untuk memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang komprehensif dan terkoordinasi (NANDA, 2021).

Berdasarkan uraian latar belakang masalah tersebut, maka penulis mengambil kasus tentang **“Asuhan Keperawatan Pada pasien dengan CVA Infark di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek”**.

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah adalah pembatasan ruang lingkup masalah yang akan diteliti dalam suatu penelitian. Batasan masalah pada penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *CVA (Cerebro Vascular Accident) Infark* dengan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah di atas, dapat dirumuskan pertanyaan masalah sebagai berikut: “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *CVA Infark* dengan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek”

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan Asuhan Keperawatan dan menganalisis hasil antara teori dan fakta pada pasien yang mengalami *CVA (Cerebro Vaskuler Accident) Infark* di RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

1) Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien *CVA Infark* di

RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

- 2) Menetapkan diagnosa keperawatan penyakit pada pasien *CVA Infark* di RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 3) Menyusun perencanaan dalam asuhan keperawatan pada pasien *CVA Infark* di RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 4) Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien *CVA Infark* di RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 5) Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien *CVA Infark* di RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 6) Menganalisa kesenjangan antara teori yang ada dengan fakta yang terjadi pada pasien *CVA Infark* di RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari penulisan proposal karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam ilmu keperawatan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada pasien *CVA Infark*.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Institusi RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Hasil penulisan ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek layanan keperawatan khususnya pada pasien *CVA Infark*

2) Institusi Pendidikan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek

Hasil penulisan ini dapat digunakan sebagai masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan kasus *CVA Infark* yang dapat dipakai sebagai acuan bagi praktek klinik mahasiswa keperawatan.

3) Bagi Penulis

Dapat digunakan untuk menambah pengetahuan tentang penatalaksanaan *CVA Infark* dan dapat digunakan sebagai bahan perbandingan antara teori yang didapat di bangku kuliah dan di lahan praktek. Selain itu diharapkan juga dapat menjadi sumber ilmu dan bacaan yang dapat memberi informasi terbaru serta menjadi sumber referensi yang dapat digunakan sebagai pelengkap dalam pembuatan study kasus pada semester akhir berikutnya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Penyakit

CVA merupakan gangguan fungsional pada otak yang terjadi mendadak (beberapa detik) atau secara cepat (beberapa jam) disertai tanda dan gejala klinis fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam yang disebabkan oleh terhambatnya aliran darah menuju otak karena perdarahan ataupun sumbatan dengan tanda dan gejala sesuai pada bagian otak yang terserang, yang dapat sembuh total, sembuh dengan cacat, atau kematian (Munir, 2015).

CVA Infark merupakan gangguan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak disebabkan karena adanya thrombus atau embolus (Oktavianus, 2014).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Pudiastuti (2011), CVA terbagi menjadi 2 kategori yaitu CVA *Hemoragic* dan CVA *Non Hemoragic*

1) CVA Hemoragik

Merupakan stroke yang disebabkan oleh adanya perdarahan ke dalam jaringan ke dalam ruang subaraknoid yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak. Stroke hemoragik digolongkan menjadi 2 jenis yaitu:

- a) Hemoragik intraserebral, yaitu perdarahan yang terjadi di dalam jaringan otak.

- b) Hemoragik subaraknoid, yaitu perdarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid atau ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan yang menutupi otak.

2) CVA Non-Hemoragic atau CVA Infark

Merupakan stroke yang disebabkan oleh adanya sumbatan bekuan darah didalam pembuluh darah terjadi penyempitan arteri atau beberapa arteri yang mengarah ke otak, atau embolus (kotoran) yang terlepas dari jantung atau arteri ekstrakranial (arteri yang berada di luar tengkorak).

Stroke non hemoragik ini dibagi 3 jenis yaitu:

- a) Stroke trombotik, yaitu proses terbentuknya thrombus sampai menjadi gumpalan.
- b) Stroke embolik, yaitu tertutupnya pembuluh arteri karena bekuan darah.
- c) Hipoperfusion sistemik, yaitu karena adanya gangguan denyut jantung sehingga aliran darah ke seluruh bagian tubuh berkurang.

2.1.3 Etiologi

CVA disebabkan karena otak kekurangan suplai oksigen, pecahnya pembuluh darah yang ada di otak akibat kerapuhan pembuluh darah di otak dan adanya sumbatan bekuan darah pada otak (Batticaca, 2011). *CVA Infark* disebabkan karena adanya gumpalan yang menyumbat pembuluh darah dan mengakibatkan hilangnya suplai darah ke otak. Gumpalan dapat berkembang dari akumulasi lemak atau plak

aterosklerotik yang ada di dalam pembuluh darah. Faktor resikonya, yaitu hipertensi, obesitas, merokok, peningkatan kadar lipid darah, diabetes dan riwayat penyakit jantung dan vaskuler dalam keluarga.(AHA, 2015)

1. Non Hemoragic

a. Thrombosis serebral

Thrombosis merupakan pembentukan gumpalan darah (thrombus yang tidak normal didalam pembuluh darah. Thrombosis serebral ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga meyebabkan iskemik pada jaringan otak yang dapat menimbulkan odem dan kongestil disekitarnya. Thrombosis rentan terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tdur, hal ini akibatkan oleh penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemik serebral. Tanda dan gejala neurologis sering memburuk pada 48 jam setelah thrombosis, keadaan yang dapat menyebabkan thrombosis otak antara lain :

b. Ateroklerosis

Menumpuknya lemak, kolestrol, dan zat lain didalam dan didinding arteri, timbunan plak kolestrol didinding artelri dapat menghalangi alilran darah. Sehingga dapat terjadi okusi akut arteri jika gumpalan plak mengalami perpecahan.

c. Hiperkoagulasi Pada Polisitemia

Sindrom pengentalan darah adalah keadaan klinis dimana mudah terjadi penggumpalan darah. Pada keadaan normal penggumpalan

darah terjadi sebagai mekanisme untuk menghentikan perdarahan. Pada kondisi tidak normal penggumpalan darah terjadi berlebihan sehingga dapat membahayakan tubuh.

d. Arteritis (Radang Pada Arteri)

Peradangan pada pembuluh darah arteri didalam dan disekitar kulit kepala, penyebab peradangan pembuluh darah tidak diketahui dalam beberapa kasus, pembengkakan hanya mempengaruhi bagian arteri dengan bagian pembuluh normal berada di antaranya.

e. Emboli

Kondisi ketika benda atau zat asing seperti gumpalan darah atau gelembung gas tersangkut dalam pembuluh darah dan menyebabkan penyumbatan pada aliran darah.

2. Hemoragik

Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat dari pecahnya pembuluh darah pada otak yang merupakan pembesaran darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan sehingga otak membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga infark otak edema dan mungkin herniasi pada otak.

a. Hipoksia Umum

Beberapa penyebab yang tergolong dalam hipoksia umum diantaranya hipertensi, henti jantung-paru, turunnya curah jantung karena ritmia

b. Hipoksia Setempat

Beberapa penyebab yang tergolong dalam hipoksia umum diantaranya spasme arteri serebral yang disertai perdarahan subaraknoid dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren. (Syah, Pujiyanti, dan Widyantoro, 2019).

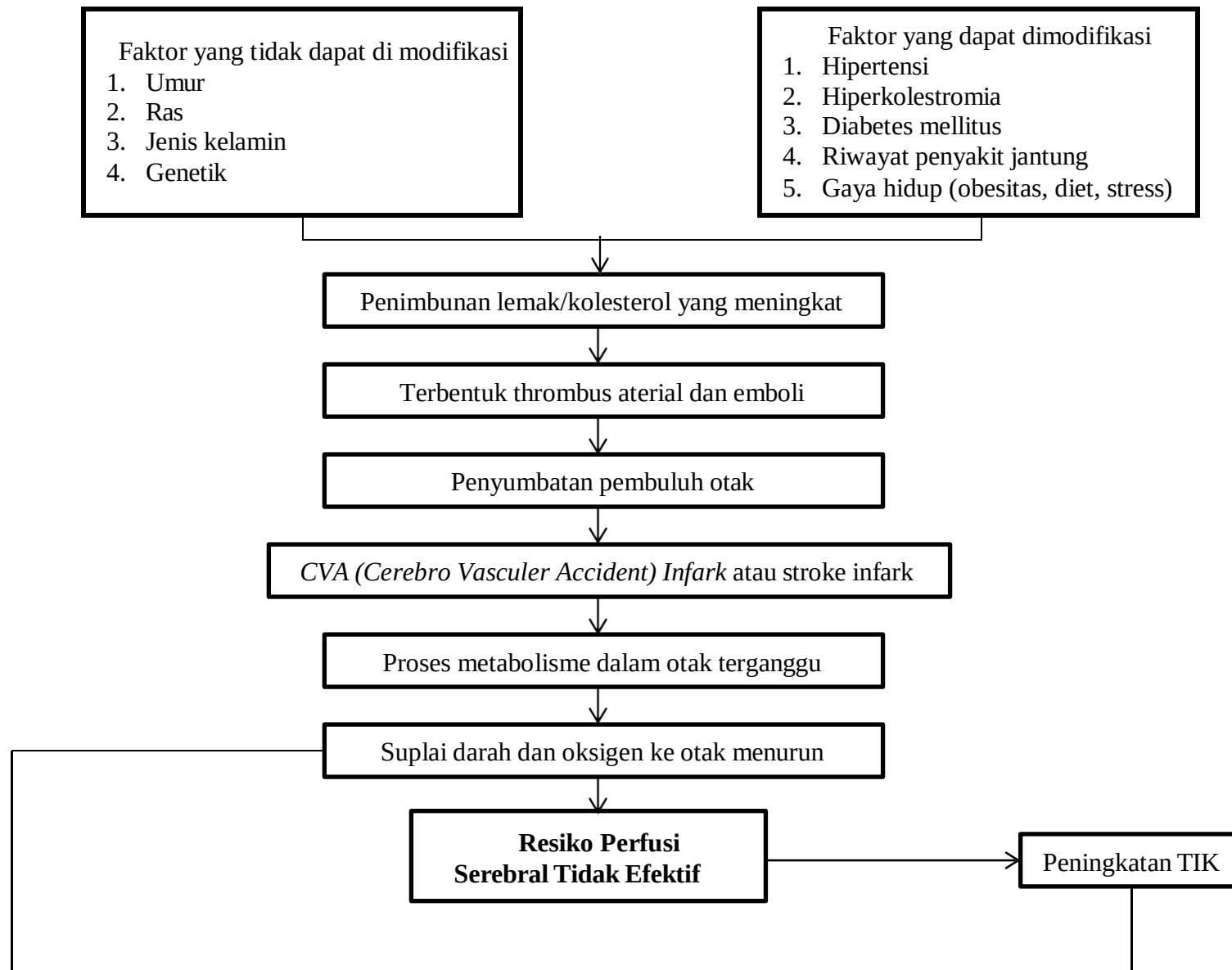
2.1.4 Manifestasi Klinis

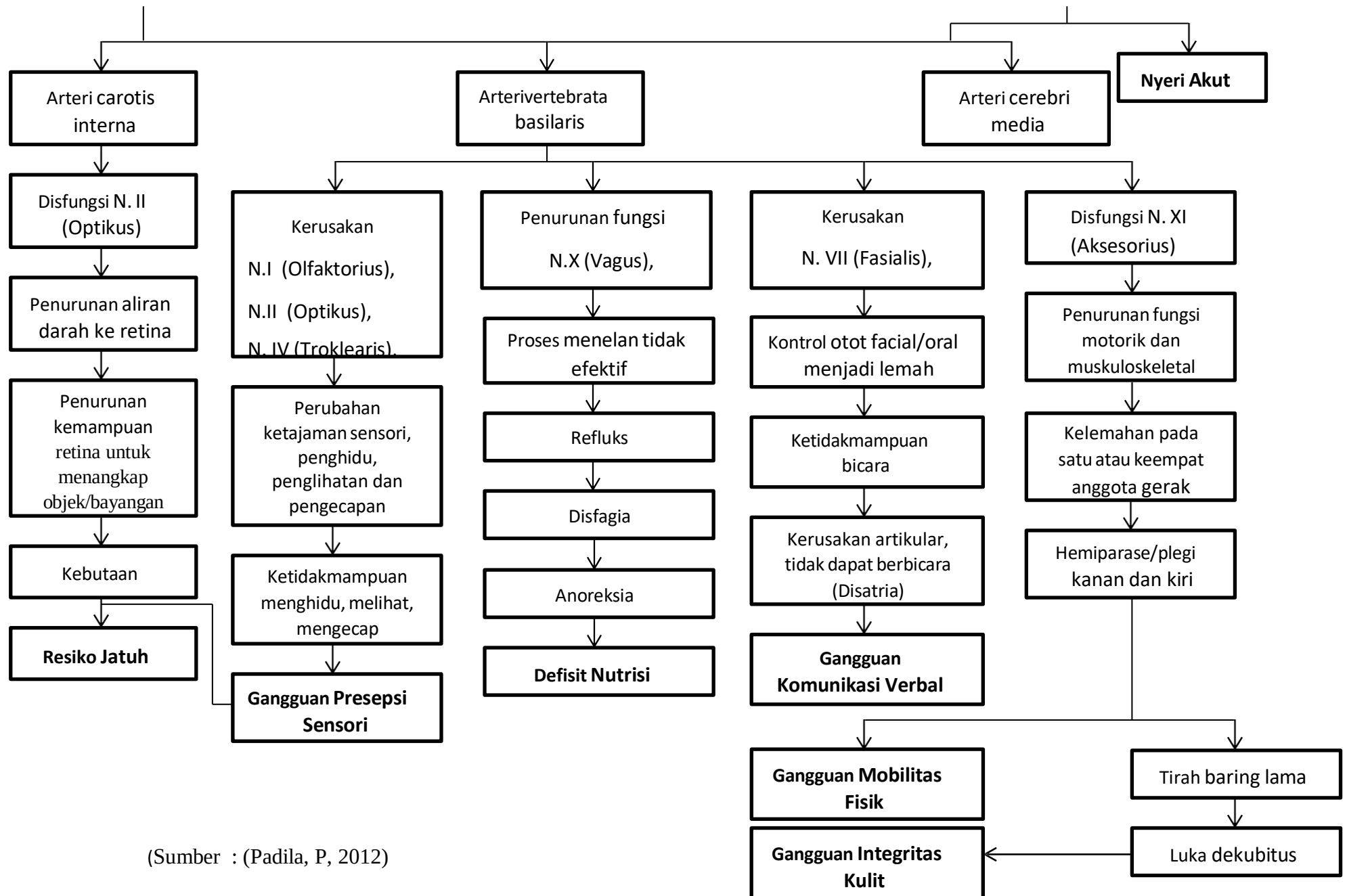
Menurut (Muttaqin, 2015) setiap orang mengalami tanda dan gejala yang berbeda dan bervariasi tergantung pada daerah otak yang terganggu.

Beberapa tanda dan gejala stroke akut tersebut berupa :

- 1) Kesemutan atau seperti terbakar.
- 2) Kesulitan untuk menelan, sering tersedak.
- 3) Sulit untuk berbicara atau mulut mencong.
- 4) Suara pelo, cadel (Disatria).
- 5) Berbicara tidak lancar, ucapan kurang atau kesulitan memahami (Afasia).
- 6) Sakit kepala atau pusing secara tiba-tiba tanpa diketahuipenyebabnya.
- 7) Gangguan penglihatan.
- 8) Gerakan yang tidak terkontrol.
- 9) Bingung atau konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma.

I. PATOFISIOLOGI
A. SKEMA





(Sumber : (Padila, P, 2012))

Uraian

CVA (Cerebro Vascular Accident) atau stroke diakibatkan oleh beberapa faktor 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. *CVA (Cerebro Vascular Accident)* atau stroke akan mengakibatkan suplai darah dan oksigen ke otak menurun, sehingga akan memunculkan diagnosa keperawatan *resiko perfusi serebral tidak efektif*. Perfusi serebral tidak efektif juga dapat terjadi akibat munculnya trombus yang mengakibatkan penyempitan pembuluh darah sehingga aliran darah terhambat dan eritrosit 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 dan kiri, keadaan ini dapat memunculkan masalah *gangguan mobilitas fisik*. Pada pasien 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 media juga dapat menimbulkan kerusakan pada nervus ke tujuh (Fasialis) serta nervus ke sembilan (Glosofaringeus) 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 (Glosofaringeus) 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 (Hipoglossus) 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*.

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya cedera, embolisme (Sudoyo, 2016). Menurut (Sriwidyastuti, 2020) stroke dapat mengakibatkan cacat sementara atau permanen, tergantung dari berapa lama otak kekurangan aliran darah dan daerah yang terserang. Komplikasi yang sering terjadi adalah :

- 1) Kelumpuhan atau kehilangan gerakan otot. Pasien dapat mengalami kelumpuhan di satu sisi tubuh atau kehilangan kendali atas otot tertentu.
- 2) Kesulitan menelan atau berbicara. Stroke dapat mempengaruhi otot-otot pada mulut dan tenggorokan sehingga sulit bagi pasien untuk dapat berbicara dengan jelas (Disatria), menelan (Disfagia), atau makan. Pasien mungkin juga akan mengalami kesulitan dengan bahasa (Afasia), termasuk berbicara, membaca, atau menulis.
- 3) Kehilangan memori atau kesulitan untuk berpikir. Banyak pasien yang terserang stroke juga mengalami hilang ingatan, selain itu pasien juga dapat mengalami kesulitan dalam berpikir, membuat penilaian dan memahami konsep.
- 4) Masalah emosional.

- 5) Rasa sakit, nyeri, mati rasa atau sensasi aneh yang dapat terjadi pada bagian tubuh yang terkena stroke.
- 6) Peningkatan TIK.
- 7) Atelektasis.
- 8) Kontraktur.
- 9) Disritmia jantung.
- 10) Malnutrisi.
- 11) Gagal napas.
- 12) Dekubitus.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien dengan stroke adalah sebagai berikut (Radaningtyas, 2018).

1) Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab serangan stroke secara spesifik, seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi atau nuptur.

2) *Elektro encefalography*

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

3) Sinar X tengkorak

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

4) Ultrasonography Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah pada sistem arteri karotis/aliran darah/muncul plaque/arterosklerosis).

5) CT-Scan

Merupakan pemeriksaan diagnostik standar dan dapat membedakan perdarahan otak dan infark otak. CT-Scan juga dapat membedakan stroke dengan penyakit lain yang memiliki manifestasi klinis sama, seperti tumor otak atau perdarahan otak karena trauma. Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan infark.

6) Magnetic Resonance Image (MRI)

Menunjukkan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada thrombosis, emboli dan TIK, tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan hemoragi sub arachnoid atau perdarahan intrakranial. Pemeriksaan MRI menunjukkan daerah yang mengalami infark atau hemoragik (Oktavianus, 2014). MRI lebih sensitif dalam mendeteksi infark terutama yang berlokasi dibatang otak dan serebrum (Amalia, 2009)

7) Pemeriksaan foto thorax

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

8) Pemeriksaan laboratorium

a) Fungsi lumbal

Tekanan normal biasanya terdapat thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan pada tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intrakranial.

b) Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan elektrolit, fungsi ginjal, kadar glukosa, lipid, kolesterol dan trigliserida dilakukan untuk membantu menegakkan diagnosa (Hartono, 2009).

c) Pemeriksaan kimia darah

Pada stroke akut bisa terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur turun kembali.

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut (Setyopranoto, 2016) penatalaksanaan pasien dengan stroke adalah sebagai berikut :

1) Penatalaksanaan umum

a) Fase akut

(1) Letakkan kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada berada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap apabila hemodinamik sudah stabil.

(2) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit hingga

didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, lakukan intubasi.

- (3) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik lalu dicari penyebabnya; kosongkan kandung kemih jika penuh (sebaiknya dengan kateter intermiten).
- (4) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik. Pada stroke beresiko terjadinya dehidrasi akibat penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan apabila fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastrik tube.
- (5) Pantau kadar gula darah $>150\text{mg}\%$ harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu $150\text{mg}\%$ dengan insulin drip intravena secara kontinu selama 2-3 hari pertama.
- (6) Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali apabila tekanan darah sistol $>220\text{ mmHg}$ dan diastol $>120\text{ mmHg}$. Mean Arteri Blood Pressure (MAP) $>130\text{ mmHg}$ (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.
- (7) Penurunan tekanan darah maksimal 20% dan obat yang direkomendasikan adalah natrium nitroprusid, penyekat reseptor alfa-beta, penyekat ACE, atau antagonis kalsium.
- (8) Apabila terjadi hipotensi, yaitu tekanan sistol $<90\text{ mmHg}$ dan diastol $<70\text{ mmHg}$ diberikan NaVL 0,9% 250 ml selama 1 jam,

dilanjutkan 500 ml selama 4 jam dan 500 ml selama 8 jam atausampai tekanan hipotensi dapat diatasi. Apabila belum dapat diatasi dapat diberikan dopamine 2-2 μ g/kg/menit sampai tekanan darah sistolik 110 mmHg.

- (9) Apabila terjadi kejang berikan diazepam 5-20 mg IV pelan pelan selama 3 meni maksimal 100mg/hari; dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral. Jika kejang muncul setelah 2 minggu berikan antikonvulsan per oral jangka panjang.
 - (10) Apabila didapatkan tekanan intrakranial meningkat, berikan manitol bolus intravena 0,25-1 g/kgBB per 0 menit dan jika diurigai fenomena rebound atau keadaan umum memburuk, lanjutkan 0,25g/kgBB per 30 menit setelah 6 jam selama 3-5 hari.
- b) Fase rehabilitasi gangguan komunikasi pada pasien CVA dapat dilakukan melalui terapi wicara dan adaptasi cara berkomunikasi. Terapi wicara, latihan untuk meningkatkan kemampuan berbicara. Berikut beberapa adaptasi cara berkomunikasi :
- (1) Berbicara perlahan dengan kalimat pendek dan sederhana.
 - (2) Menggunakan gerakan, tulisan, atau gambar.
 - (3) Menjelaskan dengan jelas jika topik mulai berubah.
 - (4) Memeriksa untuk memastikan pasien telah mendengar dan memahami dengan benar
 - (5) Perawat bersikap kreatif mencoba menulis, memberi isyarat, menggambar, atau menggunakan perangkat seperti telepon pintar

dan tablet.

- c) Pembedahan dilakukan jika perdarahan serebrum yang diameternya lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan entrikulo peritoneal apabila ada hidrosefalus obstruksi akut.

2) Penatalaksanaan medis Terapi farmakologis

Ditujukan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan antikoagulan atau yang dianjurkan dengan trombolitik rt-PA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator). Dapat juga diberikan agen neuroproteksi, yaitu sitikon atau pirasetan apabila didapatkan adanya afasia.

Terapi farmakologi yang digunakan pada pasien dengan stroke adalah :

a) Fibrinolitik/ trombolitik (rt-PA)

Golongan obat ini digunakan sebagai erapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat akibat serangan stroke akut. Obat ini memecah trombus dengan mengaktivasi plasminogen yang terikat pada fibrin. Efek samping yang sering terjadi yaitu resiko pendarahan seperti pada intrakranial atau dalam saluran cerna serta angiodema. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa rentang waktu yang baik untuk dapat diberikannya terapi fibrinolitik yang dapat memberikan manfaat perbaikan fungsional otak dan juga terhadap angka kematian adalah <3 jam dan rentang waktu 3-4 atau 5 jam setelah onset gejala.

b) Antikoagulan

Terapi ini digunakan untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli.

c) Antiplatelet

Golongan obat ini digunakan untuk pencegahan stroke ulang dengan mencegah terjadinya agregasi platelet.

d) Antihipertensi

Pasien dapat menerima rt-PA apabila tekanan $>185/110$ mmHg. Jika tekanan darah tidak mencapai $<185/10$ mmHg maka jangan diberikan rt-PA.

3) Penatalaksanaan pasien stroke yang mengalami gangguan komunikasi verbal

- a) Terapi AIUEO (speech therapy) adalah terapi yang menggunakan teknik mengajarkan pasien dengan gangguan komunikasi verbal dengan menggerakkan otot bicara melalui menggerakkan lidah bibir otot wajah dan mengucapkan kata-kata dengan fonem bahasa A.I.U.E.O. Terapi ini memfokuskan pada perbaikan cara bicara penderita stroke yang pada umumnya mengalami kehilangan kemampuan bicara akibat adanya saraf yang mengalami gangguan. Terapi wicara membantu penderita untuk mengunyah, berbicara, maupun mengerti kembali kata-kata. (Siti Marya Ulfa, 2016)
- b) Menggunakan metode komunikasi alternatif seperti menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan

dan computer.

- c) Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan misal berdiri di depan pasien, mendengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga memahami ucapan pasien.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke

2.2.1 Pengkajian

Pengumpulan data adalah mengumpulkan informasi tentang status kesehatan Pasien yang menyeluruh mengenai fisik, psikologis, sosial budaya, spiritual, kognitif, tingkat perkembangan, status ekonomi, kemampuan fungsi dan gaya hidup Pasien.

1) Identitas pasien

Meliputi nama pasien, umur, alamat, jenis kelamin, status perkawinan, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosa medis (Zebua, 2021).

2) Keluhan utama

Sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang dan penurunan tingkat kesadaran (Tarwoto, 2013).

3) Riwayat penyakit sekarang

Stroke berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien sedang melakukan aktivitas ataupun sedang beristirahat. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain (Tarwoto, 2013).

4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan pasien seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya 28 riwayat merokok dan penggunaan alkohol (Tarwoto, 2013 dalam Kusyanti 2022).

5) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi atau diabetes mellitus (Tarwoto, 2013 dalam Kusyanti 2022).

6) Riwayat psikososial

a. Gambaran diri

Pasien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan pasien tidak mau membebani keluarganya, sehingga pasien hanya mampu berserah diri kepada tuhan, semoga segera diberikan kesembuhan. (Getudris, 2019)

b. Ideal diri

Pasien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya.
(Tarwoto,2013)

c. Harga diri

Pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif. (Kusyani, 2013)

d. Peran diri

Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.
(Kusyani,2013)

e. Identitas diri

Penyakit stroke menyerang semua jenis kelamin, namun komposisi laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan. (Getudris 2019)

7) Pola nutrisi dan metabolisme

Pada penderita stroke mengalami penurunan nafsu makan, mual muntah selama fase akut, disfagia, adanya riwayat diabetes dan kesulitan menelan (Tarwoto, 2013)

8) Pola Eliminasi

Penderita stroke biasanya terjadi perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine (Doengoes, 2000).

9) Pola Aktivitas

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoria tau paralise/hemiplegi, mudah lelah (Getudris, 2019).

10) Pola Istirahat dan tidur

Biasanya pasien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot (Getudris, 2019).

11) Pola hubungan, peran, dan komunikasi

Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Getudris, 2019).

12) Pola sensori dan kognitif

Pada pola sensori pasien mengalami gangguan penglihatan atau kekaburan pandangan, perabaan atau sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir. (Zebua, 2021)

13) Pola reproduksi seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamine. (Kusyani, 2013)

14) Pola mekanisme koping

Pasien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi. (Zebua, 2021)

15) Pola tata nilai dan kepercayaan

Pasien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan / kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

(Getudris, 2019)

16) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Pada penderita stroke umumnya mengalami tingkat kesadaran seperti samnolen (mengantuk namun dapat disadarkan saat mendapat rangsangan), apatis (pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan), sopor (pasien mengantuk yang dalam), sopor coma hingga coma (penurunan kesadaran) dengan GCS < 12 pada awal serangan stroke. Sedangkan pada saat masa pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15.

➤ Tingkat Kesadaran

- a) **Composmentis** : sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun terhadap dirinya maupun terhadap lingkungannya dan dapat menjawab pertanyaan yang dinyatakan pemeriksa dengan baik.
- b) **Apatis** : tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya.
- c) **Derilium** : mengalami kekacauan gerakan, siklus tidur bangun yang terganggu dan tampak gaduh gelisah, kacau, disorientasi serta meronta- ronta.
- d) **Somnolen** : mengantuk namun masih dapat sadar bila dirangsang, tetapi bila rangsang berhenti akan tertidur kembali

- e) **Sopor** : mengantuk yang dalam, namun masih dapat dibangunkan dengan rangsang yang kuat, misalnya rangsang nyeri, tetapi tidak terbangun sempurna dan tidak dapat menjawab pertanyaan dengan baik.
- f) **Semi-Coma** : penurunan kesadaran yang tidak memberikan respons terhadap pertanyaan, tidak dapat dibangunkan sama sekali, respons terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik.
- g) **Coma** : penurunan kesadaran yang sangat dalam, memberikan respons terhadap pernyataan, tidak ada gerakan, dan tidak ada respons terhadap rangsang nyeri. (Sulistiaawaty, 2020).

Tabel 2.1 Tingkat Kesadaran Berdasarkan Kuantitatif

Kriteria	Tingkatan	Skor
Membuka mata/eye evening (E)		
Membuka sebelum diberi stimulus	Spontan	4
Membuka sebelum diberi perintah suara	Terhadap suara	3
Membuka sebelum diberi stimulus pada ujung jari	Terhadap rangsangan nyeri	2
Tidak membuka sama sekali	Tidak ada respon	1
Respon verbal/verbal respon (V)		
Menyebut nama, tempat, dan tanggal	Orientasi baik	5
orientasi tidak baik tetapi komunikasi jelas	Bingung	4
Kata-kata saja (berbicara tidak jelas)	Suara tidak dimengerti	3
Mengerang tanpa arti	Suara tidak jelas	2
Tidak ada suara yang terdengar	Tidak ada respon	1

Respon motorik/ motor respon (M)		
Mengikuti perintah	Menuruti perintah	6
Menjangkau dan menjauhkan stimulus saat diberi rangsangan nyeri	Mengetahui lokasi nyeri	5
Menghindar atau menarik extremitas menjauhi stimulus saat diberi rangsangan nyeri	Reaksi menghindar nyeri	4
Melipat siku, gerakan abnormal dominan	Fleksi abnormal	3
Ekstensi siku lengan	Ekstensi abnormal	2
Tidak ada gerakan lengan/tungkai (tanpa faktor pengahalng)	Tidak ada respon	1
Sumber : (Marwuntu, 2019)		

b) Tanda-tanda vital

Pada pasien dengan stroke yang memiliki riwayat tekanan darah tinggi sering terjadi peningkatan tekanan darah kurang lebih 180/80 mmHg, nadi normal, suhu dalam batas normal. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama.

c) Pemeriksaan kepala dan wajah

(1) Kepala

Inspeksi : bagaimana penyebaran rambut, alopesia, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma yang dapat diindikasikan adanya trauma kepala.

Palpasi : nyeri tekan juga bsa diindikasikan pada tekanan intrakranial (Zebua, 2021).

(2) Wajah

Inspeksi : terdapat hemiparesis/hemiplegia, mulut mencong ke

arah salah satu sisi wajah, wajah pucat.

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan.

(3) Telinga

Inspeksi : telinga sejajar antara kiri dan kanan.

(4) Mata

Inspeksi : konjungtiva pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan yang diakibatkan kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil anisokor dapat ditemukan pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran. Papiledema akibat peningkatan tekanan intrakranial yang mendesak tekanan intraokuler, penglihatan dan lapang pandang kurang pada sisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi paralisis pada sisi otot okularis yang sakit (Zebua, 2021).

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan.

(5) Pemeriksaan mulut dan faring

Inspeksi : mulut mencong ke salah satu wajah dan penurunan koordinasi gerakan mengunyah akibat paralisis saraf Trigemini (Saraf V), gangguan saraf IX dan X yang mengakibatkan kurang baiknya kemampuan menelan dan kesulitan membuka mulut, terdapat sianosis akibat penurunan suplai oksigen. Kebersihan rongga mulut dan gigi terganggu karena kelemahan fisik yang mengakibatkan pasien kesulitan dalam membersihkan secara

mandiri, distatria, afasia (Zebua, 2021).

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan.

d) Pemeriksaan leher

Inspeksi : kulit teraba kasar, kering, bersisik pucat, ptekie, kehilangan lemak subkutan (Getudris, 2019).

Palpasi : tidak terdapat benjolan.

e) Pemeriksaan thorax

(1) Paru-paru

Inspeksi : simetris antara kiri dan kanan.

Palpasi : vokal vrementus antara kiri dan kanan

sama. Perkusi : suara sonor.

Auskultasi : biasanya terdapat suara ronchi atau wheezing.

(2) Jantung

a. Inspeksi: biasanya iktus kordis tidak nampak.

b. Palpasi : biasanya iktus kordis teraba.

c. Perkusi : biasanya batas jantung normal. Auskultasi : biasanya suara vesikuler

f) Pemeriksaan abdomen

- Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites.

- Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar.

- Perkusi: biasanya terdapat suara tympani.

- Auskultasi : terdapat penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama. (5-35x/menit)

g) Pemeriksaan integumen

Jika pasien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek (kembali >2 detik). Disamping itu juga perlu dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena pasien stroke harus bed rest. (Zebua,2021)

h) Pemeriksaan ekstremitas

(1) Atas

Pada umumnya terdapat kelemahan pada otot bagian ekstremitas atas dekstra ataupun sinistra dengan kekuatan otot 2/2.

(2) Bawah

Pada umumnya terdapat kelemahan pada otot bagian ekstremitas bawah dekstra ataupun sinistra dengan kekuatan otot 2/2.

Tabel 2.2 Kekuatan Otot

Nilai Kekuatan Otot	Keterangan
0	Paralisis, tidak ada kontraksi otot sama sekali
1	Terlihat atau teraba getaran kontraksi otot tetapi tidak ada gerakan sama sekali
2	Dapat menggerakkan anggota gerak tanpa gravitasi
3	Dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat (gravitasi)
4	Dapat menggerakkan sendi dengan aktif dan melawan tahanan
5	Kekuatan normal

i) Pemeriksaan genetalia dan anus

Terkadang pasien mengalami inkontensia atau retensi urin.

j) Pemeriksaan neurologi

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

(2) Nervus II (Optikus) : gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada pasien dengan hemiplegia kiri. Pasien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Biasanya lapang

pandang pasien baik 90°, visus 6/6.

- (3) Nervus III (Okulomotoris) : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedib dapat dinilai apabila pasien dapat membuka mata.
- (4) Nervus IV (Trochlearis) : pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah..
- (5) Nervus V (Trigeminus) : pasien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada pasien koma ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka pasien menutup kelopak mata.
- (6) Nervus VI (Abducens) : pasien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri.
- (7) Nervus VII (Facialis) : lidah bisa mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, bibir simetris dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin.
- (8) Nervus VIII (Vestibulocochlearis) : pasien kurang dapat mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung pada dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.
- (9) Nervus IX (Glossofaringeus) : uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami

kelemahan, dan pasien dapat merasakan asam urat.

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

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

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

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan, atau kerentanan terhadap respons tersebut dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas (Herdman, 2018). Diagnosis keperawatan bertujuan mengidentifikasi respons pasien terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan stroke, yaitu :

1) Subkategori : Sirkulasi

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

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

b) Faktor risiko :

(1) boplastin parsial

(2) Penurunan kinerja ventrikel kiri

- (3) Aterosklerosis aorta
- (4) Diseksi arteri
- (5) Fibrilasi atrium
- (6) Tumor otak
- (7) Stenosis karotis
- (8) Miksoma atrium
- (9) Aneurisma serebri
- (10) Koagulopati (mis. anemia sel sabit)
- (11) Dilatasi kardiomiopati
- (12) Koagulopati intravaskuler diseminata
- (13) Embolisme
- (14) Cedera kepala
- (15) Hiperkolesteronemia
- (16) Hipertensi
- (17) Endocarditis infeksi
- (18) Katup prostetik mekanis
- (19) Stenosis mitral
- (20) Neoplasma otak
- (21) Infark miokard akut
- (22) Sindrom sick sinus
- (23) Penyalahgunaan zat
- (24) Terapi trombolitik
- (25) Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass)

c) Kondisi klinis terkait

- (1) Stroke
- (2) Cedera kepala
- (3) Aterosklerotik aortik
- (4) Infark miokard akut
- (5) Diseksi arteri
- (6) Embolisme
- (7) Endokarditis infeksi
- (8) Fibrilasi atrium
- (9) Hiperkolesteronemia
- (10) Hipertensi
- (11) Dilatasi kardiomiopati
- (12) Koagulasi intravaskuler diseminata
- (13) Miksoma atrium
- (14) Neoplasma otak
- (15) Segmen ventrikel kiri akinetik
- (16) Sindrom sick sinus
- (17) Steosis karotid
- (18) Stenosis mitral
- (19) Hidrosefalus
- (20) Infeksi otak (mis. meningitis, ensefalitis, abses serebri)

2) 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 3. Nafsu makan menurun	1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare

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

3) 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 2.4 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
ayor	1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Tampak kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun
inor	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

4) Subkategori : 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 2.5 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

d) Kondisi klinis

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

5) Subkategori : Integritas 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 2.6 Batas Karakteristik Gangguan Persepsi Sensorik

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mendengar bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, perabaan atau pengecapan	1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai 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

6) 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 2.7 Batasan Karakteristik Gangguan Komunikasi Verbal

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
ayor	(tidak tersedia)	1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai
inor	(tidak tersedia)	1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disartria 6. Aфонia 7. Dislalia 8. Pelo 9. Gagap 10. Tidak ada kontak mata 11. Sulit memahami komunikasi 12. Sulit mempertahankan komunikasi 13. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 14. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 15. Sulit menyusun kalimat 16. Verbalisasi tidak tepat 17. Sulit mengungkapkan kata-kata 18. Disorientasi orang, ruang, waktu 19. Defisit penglihatan 20. Delusi

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) Penyakit Alzheimer
- (11) Kuadriplegia
- (12) Labiopalatoskizis
- (13) Infeksi laring
- (14) Fraktur rahang
- (15) Skizofrenia
- (16) Delus
- (17) Parnoid
- (18) Autisme

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 2.8 Batasan Karakteristik Gangguan Integritas Kulit

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

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 ligamen

8) Subkategori : 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 darah
 - (11) Anemi
 - (12) Kekuatan otot menurun
 - (13) Gangguan pendengaran
 - (14) Gangguan keseimbangan
 - (15) Gangguan penglihatan (mis: glaucoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)
 - (16) Neuropat
 - (17) Efek agen farmakologis (mis: sedasi, alkohol, anestesi umum)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan merupakan perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan kepada pasien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat teratasi (Huda, 2016).

Berikut merupakan penjabaran intervensi sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2022).

1) Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan Infark serebri (D.0017)

Tabel 2.9 Intervensi Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	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	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 pasien c) Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral

		l) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi) Terapeutik 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 PaCO₂ 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	d) Pasien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut. Kolaborasi a) Untuk mempercepat penurunan pada tekanan intra kranial (TIK)
--	--	--	---

2) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)

Tabel 2.10 Intervensi Keperawatan Defisit Nutrisi

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	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 higienis 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	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 pasien b) Makanan yang tinggi serat untuk mencegah terjadinya konstipasi c) Membantu menambah nafsu makan pasien Edukasi a) Membantu pasien pada saat makan Kolaborasi a) Diet sesuai dengan kebutuhan nutrisi pasien

		e) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein f) Berikan suplemen makanan, jika perlu 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	
--	--	--	--

3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)

Tabel 2.11 Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	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 (L.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) b) Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini	Observasi a) Amati apakah ada trauma pada pasien 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 pasien yang mengalami kelemahan ekstremitas b) Keluarga juga berpengaruh untuk kesembuhan pasien yang mengalami kelemahan fisik Kolaborasi a) Membantu untuk memulihkan kekuatan otot pasien

		c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	
--	--	--	--

4) Nyeri akut (D.0077)

Tabel 2.12 Intervensi Keperawatan Nyeri akut

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	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 h) Berfokus pada diri sendiri 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 h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberika	Observasi a) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik. durasi, frekuensi kualitas, dan intensitas nyeri b) Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan pasien c) Untuk mengetahui respon nyeri yang dirasakan baik melalui verbal atau nonverbal d) Untuk mengetahui efek samping analgesik yang mungkin dirasakan pasien Terapeutik a) Agar pasien mau dan mampu memotivasi untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan

	i) Diaforesis menurun j) Perasaan depresi (tertekan) menurun k) Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun l) Pupil dilatasi menurun m) Muntah menurun n) Mual menurun o) Frekuensi nadi membaik p) Pola nafas membaik q) Tekanan darah membaik r) Pola tidur membaik	i) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 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) b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c) Fasilitasi istirahat dan tidur d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b) Jelaskan strategi meredakan nyeri 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	b) Untuk mengurangi faktor yang dapat memperberat rasa nyeri c) Untuk menenangkan dan membantu pasien beristirahat Edukasi a) Agar pasien dapat mengetahui tentang penyebab, periode, dan pemicu nyeri, sehingga pasien dapat mengantisipasi rasa nyeri b) Untuk menenangkan dan membantu pasien beristirahat Edukasi a) Agar pasien dapat mengetahui tentang penyebab, periode, dan pemicu nyeri, sehingga pasien dapat mengantisipasi dan mengambil keputusan terkait nyeri yang dirasakan b) Agar pasien dapat melakukan strateegi meredakan nyeri sehingga nyeri yang dirasakan dapat dikurangi c) Untuk meningkatkan proses penyembuhan dengan pemberian aagesik yang tepat sehingga tidak terjadi resistensi terhadap obat d) Agar pasien dapat mengetahui teknik nonfarmakologis untuk meredakan dan mengurangi rasa nyeri
--	--	--	--

5) Gangguan persepsi sensori (D.0085)

Tabel 2.13 Intervensi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

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

l) Mondar-mandir menurun m) Respons sesuai stimulus membaik n) Konsenterasi membaik o) 15) Orientasi membaik	Kolaborasi a) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan b) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus	
---	--	--

6) Gangguan komunikasi verbal (D.0119).

Tabel 2.14 Intervensi Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	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 e) Teknik pernafasan yang efektif 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 dengan	Observasi a) Untuk mengetahui masalah bicara yang dialami pasien Terapeutik a) Dukungan dari keluarga membantu untuk pemulihan pasien b) Komunikasi yang alternatif dapat membantu pasien untuk bisa berkomunikasi dengan sekitarnya Edukasi a) Bicara yang pelan dapat mudah dipahami oleh pasien Kolaborasi a) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat

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

7) Tujuan intergitas kulit (D.0129)

Tabel 2.15 Intervensi Keperawatan Gangguan intergitas kulit

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

		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	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
--	--	---	--

8) Resiko Jatuh (D.0143)

Tabel 2.16 Intervensi Keperawatan Resiko Jatuh

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko Jatuh (D.0143)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun (L.14138). Kriteria hasil: a) Jatuh dari tempat tidur menurun	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi a) Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik,	a) Mengetahui tingkat keparahan terjadinya risiko jatuh b) Pemasangan tanda risiko jatuh guna mengidentifikasi pasien yang berisiko jatuh

	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	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 pasien 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 pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station f) Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) g) Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi	c) Menjaga keamanan pasien pada saat berada diatas tempat tidur d) Keluarga mampu mengantisipasi dalam pencegahan risio terjadinya jatuh e) Mengetahui tingkat atau skala faktor risiko jatuh pada pasien
--	--	---	---

		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 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan relisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data dan berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, 2015). Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2, yaitu :

1) Tindakan keperawatan mandiri

Tindakan yang dilakukan tanpa pesanan dokter. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan oleh perawat sendiri. Misalnya menciptakan lingkungan yang tenang.

2) Tindakan keperawatan kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat jika perawat bekerja dengan anggota perawatan lainnya dalam membuat keputusan bersama yang bertahan untuk mengatasi masalah pasien.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah, 2009). Semua intervensi keperawatan dievaluasi dengan membandingkan respon aktual pasien terhadap hasil yang diharapkan dari rencana keperawatan (Mubarak, 2015).

Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan perbaikan

rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP, yaitu :

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

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan tata cara yang dimiliki dan dilakukan oleh peneliti dalam rangka untuk mengumpulkan informasi yang telah di dapatkan tersebut. Dalam metode penelitian ini, meliputi : desain penelitian, batasan istilah, lokasi dan waktu, etika, pengumpulan data, analisa dan keabsahan data.

3.1 Desain Penelitian

Desain atau rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Deskriptif Kualitatif. Metode Deskriptif merupakan suatu metode dalam meneliti status sekelompok manusia, suatu objek, kondisi, pemikiran ataupun suatu kelas peristiwa pada masa sekarang. Penelitian Deskriptif bertujuan untuk membuat deskripsi, gambaran, atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat serta hubungan antarfenomena yang diselidiki (Nazir, 1988). Menurut (Sugiyono, 2005), metode Deskriptif merupakan metode yang digunakan untuk menggambarkan atau menganalisis suatu hasil penelitian namun tidak digunakan untuk membuat kesimpulan yang lebih luas. Penelitian Deskriptif Kualitatif berusaha mendeskripsikan seluruh gejala dan keadaan yang ada, yaitu keadaan gejala menurut apa adanya saat dilakukan penelitian (Mukhtar, 2013). Penulis menggunakan penelitian Deskriptif Kualitatif dalam melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini untuk mengetahui bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*). Asuhan keperawatan dimulai

dari pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, membuat sebuah rencana keperawatan, melakukan implementasi dan mengevaluasi.

3.2 Batasan Istilah

Pada penelitian deskriptif kualitatif pendekatan studi kasus adalah Asuhan Keperawatan pasien dengan *CVA (Cerebrovascular Accident) Infark* di Ruang Flamboyan RSUD dr.Soedomo Trenggalek

Asuhan keperawatan merupakan rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung kepada pasien yang dalam pelaksanaannya sesuai dengan kaidah proses keperawatan. Proses keperawatan tersebut dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan intervensi (perencanaan), implementasi (pelaksanaan/tindakan), evaluasi. Pasien adalah penderita suatu penyakit yang membutuhkan jasa pelayanan kesehatan dengan harapan dapat sembuh dari penyakit yang dideritanya. *CVA* merupakan gangguan fungsi otak yang disebabkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak yang diakibatkan karena adanya thrombus atau embolus. *CVA (Cerebra Vascular Accident) Infark* merupakan gangguan fungsi pada bagian otak yang diakibatkan oleh kurangnya suplai darah ke dalam otak dan disebabkan karena adanya thrombus dan emboli yang terjadi begitu cepat dengan kondisi pasien ada atau tanpa adanya komplikasi penyakit tambahan seperti pasien yang kooperatif dan mendapatkan perawatan minimal 3 hari di rumah sakit. (Insana, 2021).

3.3 Partisipan

Partisipan adalah narasumber yang merujuk pada seseorang yang paham terkait dengan objek penelitian serta mampu memberikan penjabaran tentang topik penelitian yang diangkat. (Sugiyono, 2019). Partisipan dalam penelitian ini adalah pasien yang mengalami *CVA Infark* di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Partisipan yang digunakan adalah satu pasien dengan kriteria : tingkat kesadaran pasien *composmentis*, pasien mengalami gangguan komunikasi verbal, pasien atau keluarga bersedia memberikan seluruh informasi yang diperlukan, pasien bisa laki-laki atau perempuan, dan tidak ada batasan umur.

3.4 Lokasi Dan Waktu

Lokasi merupakan tempat yang akan digunakan penulis untuk melaksanakan penelitian. Waktu merupakan kapan penelitian akan dilakukan.

3.4.1 Lokasi Penelitian

Berdasarkan dengan masalah yang diambil maka peneliti melakukan pengambilan data studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan *CVA Infark* dilaksanakan di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Soedomo Trenggalek.

3.4.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 22 Maret 2025 sampai dengan 19 April 2025.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan Instrument

Instrumen penelitian merupakan alat bantu yang digunakan dalam kegiatan penelitian dengan mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis (Arikunto, 2010). Instrumen yang dapat digunakan dalam mengumpulkan data adalah dokumen wawancara terstruktur berupa format asuhan keperawatan pedoman observasi, pengukuran dengan alat, pemeriksaan laboratorium atau dokumen yang relevan.

3.5.2 Metode Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini terdapat dua metode yaitu data primer dan data sekunder. Data primer berupa wawancara pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, asukultasi), dan data sekunder berupa hasil pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status pasien dari tenaga medis yang lain serta studi dokumentasi.

3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data menurut Suryono (2017) meliputi empat tahap yaitu :

1) Tahap persiapan

- a) Mendapat surat pengantar ijin penelitian dari Ketua Prodi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Jurusan Keperawatan Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/146/2025 yang telah terbit dari Kepala Program Studi D3 Keperawatan Trenggalek

yang ditujukan untuk melakukan penelitian di RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

- b) Selanjutnya diterbitkan surat balasan atau persetujuan penelitian dari RSUD dr. Soedomo dengan nomor surat 000.9/178/406.010.001/18.00/2025. Proses pengumpulan data dimulai dari mahasiswa mencari pasien yang akan diberikan asuhan keperawatan dan sesuai dengan kriteria partisipan. Setelah pasien sudah ada dan sesuai, 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 pada pasien. Setelah pasien dan keluarganya mengerti dan menyetujui maksud dan tujuan proses asuhan keperawatan, maka mahasiswa melakukan tahap berikutnya.
- c) Tahap kontrak dan inform consent, mahasiswa melakukan kontrak waktu dan meminta persetujuan pasien bersedia sebagai partisipan.
- d) 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 pasien. Setelah pengkajian dilanjutkan dengan penentuan

diagnosa, kemudian menyusun rencana tindakan, melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana, setelah itu dilakukan evaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan.

e) Tahap terminasi, mahasiswa mengakhiri proses asuhan keperawatan pada pasien, setelah pasien dinyatakan sembuh dan diperbolehkan pulang.

3.6 Keabsahan Data

Keabsahan data pada karya tulis ilmiah ini didasarkan pada derajat kepercayaan (*Creadibility*), keteralihan (*Transferability*), kebergantungan (*Dependability*), dan kepastian (*Confirmability*) (Sugiyono, 2011). Berikut uraian derajat tersebut, yaitu :

3.6.1 Kepercayaan (*Creadibility*)

Creadibility memiliki makna kebenaran atau kepercayaan hasil yang mengindikasikan kenyataan yang sesungguhnya terjadi. Kreadibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis yang bekerja sama dengan CI (*Clinical Instructure*) dalam pemilihan pasien sesuai dengan masalah yang sesuai, yaitu pasien dengan Stroke. Penulis melakukan pengkajian dan pemeriksaan pada pasien didampingi oleh CI. Penulis melakukan tindakan keperawatan kepada pasien didampingi oleh perawat jaga ruangan. Pembuatan asuhan keperawatan pada pasien Stroke dibimbing oleh CI (Sugiyono, 2011).

3.6.2 Keteralihan (*Transferability*)

Keteralihan merupakan sejauh mana hasil penerapan suatu penelitian pada objek yang dapat diterapkan dalam subjek penelitian yang lain.

Penerapan tindakan yang dilakukan peneliti pada pasien disesuaikan dengan keadaan pasien Stroke berdasarkan prosedur Rumah Sakit yang berlaku. Peneliti melakukan Bina Hubungan Saling Percaya, menyarankan pasien untuk bedrest total dengan memberikan posisi telentang, memonitor tanda- tanda status neurologis dengan GCS, memberikan injeksi IV, mengobservasi TTV, memberikan posisi head up, menganjurkan pasien untuk menghindari batuk dan mengejan secara berlebihan, dan menciptakan lingkungan yang tenang (Sugiyono, 2011).

3.6.3 Kepastian (*Confirmability*)

Kepastian mengandung makna bahwa sesuatu itu objektif. Jika mendapatkan persetujuan dari pihak-pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang.

3.6.4 Kebergantungan (*Dependability*)

Kebergantungan merupakan kesesuaian metode yang digunakan untuk menjawab pokok permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan. Dalam melaksanakan penelitian, peneliti menggunakan metode deskriptif. Peneliti terjun langsung ke lapangan untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Stroke. Sebelum melakukan penelitian, peneliti sudah mendapatkan izin dari berbagai pihak sampai dengan ke respondennya (Sugiyono, 2011).

3.7 Analisa Data

Menurut Suryono (2017), bahwa analisis data merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil

wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data kedalam kategori, menjabarkan kedalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun kedalam pola, memilih mana yang penting dan mana yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri dan orang lain.

Prinsip yang harus dipegang dalam penelitian deskripsi kualitatif merupakan proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis kesenjangan dan antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis *CVA Infark* di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Soedomo Trenggalek.

3.8 Etika Penelitian

Menurut Suryono (2017), etika penyusunan karya tulis ilmiah harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

3.8.1 *Informed consent* (Lembar Persetujuan Menjadi Responden)

Informed consent merupakan suatu pernyataan tertulis kesediaan pasien atau informan sebagai subjek dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang maksud dan tujuan yang akan dilakukan dan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden jika pasien dan keluarga bersedia menjadi pasien kelolaan. Tujuannya agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Jika responden bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien.

3.8.2 Anonymity (Tanpa Nama)

Nama dari informan tidak perlu dicantumkan pada lembar pengumpulan data, untuk mengetahui keikutsertaannya peneliti cukup dengan menuliskan nama inisialnya saja. Contohnya Ny. “T”.

3.8.3 Confidentiality (Kerahasiaan)

Confidentiality merupakan kerahasiaan suatu informasi yang telah dikumpulkan dari informan dan dijamin kerahasiaannya. Hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan pada hasil karya tulis ilmiah. Data-data yang disajikan akan dijaga kerahasiaannya dari pihak yang tidak berkepentingan dalam penelitian.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan menguraikan hasil Pelaksanaan dan penelitian Karya Tulis Ilmiah ini dimulai dari gambaran lokasi pengambilan data, pengkajian terhadap pasien, merumuskan diagnosa keperawatan , menentukan intervensi keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, dan mengevaluasi keperawatan.

4.1. Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

4.1.1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penelitian ini dilaksanakan tanggal 22 Maret – 19 April 2025 dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan CVA Infark Di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Soedomo Trenggalek tahun 2025, dengan partisipan Tn S. Pasien yang diteliti berada di kelas III ruang 4A.

Ruang Flamboyan merupakan unit perawatan yang ada di RSUD dr. SoedomoTrenggalek yang dipergunakan untuk pelaksanaan terhadap penderita saraf dan stroke mulai fase pra patogenesis, fase patogenesis, dan fase pasca patogenesis.. Jumlah perawat di ruang Flamboyan yaitu 17 orang dengan kapasitas tempat tidur 23 bed (tempat tidur). Di kelas 1 ada 3 ruang dengan masing-masing ruang 1 bed (tempat tidur), kelas II dan III ada 16 bed (tempat tidur), dan ruang HCU ada 4 bed.

4.1.2. Pengkajian

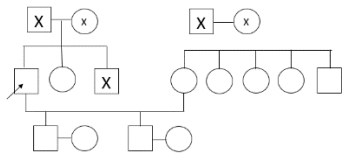
1) Identitas Pasien

Tabel 4.1
Identitas pasien

IDENTITAS PASIEN	Pasien
a) Nama	Tn. S
b) Umur	73 Tahun
c) Jenis Kelamin	Laki laki
d) Status Perkawinan	Cerai Mati
e) Pekerjaan	Petani
f) Agama	Islam
g) Pendidikan terakhir	SMA
h) Alamat	Rt.18 / RW 7 Suruh, Suruh, Trenggalek
i) Suku bangsa	Jawa
j) Tanggal dan jam masuk rumah sakit	16-04-2025 / jam 18.35 WIB
k) Tanggal dan jam pengkajian	17-04-2023 / jam 09.00 WIB
l) No. Register	544xxx
m) Diagnosa Medis	CVA <i>Infark</i>

1) Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	Pasien
a) Keluhan utama	- Saat MRS : keluarga pasien mengatakan kepala pasien terasa pusing dan berbicara cedal
b) Riwayat penyakit /kesehatan sekarang	- Saat pengkajian : pasien mengatakan pasien sulit berbicara (cedal), lidah terasa berat,dan pasien juga mengatakan kepalanya pusing terasa berat. Pada tanggal 16-04-2025 pukul 09.00 WIB setelah membeli sarapan, pasien tiba-tiba merasakan lemas dan kepala sakit lalu pasien berbicara gagap tidak jelas seperti orang terkena stroke. Kemudian oleh anaknya , pasien dibawa ke Puskesmas Suruh pada tanggal 16-04-2025 pukul 09.30, sesampai di Puskesmas Suruh oleh dokter disarankan langsung rujuk ke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek. Pasien dirujuk ke RSUD dr Soedomo Trenggalek, sampai di IGD pukul 18.35 WIB kemudian pindah ke ruang Flamboyan pada tanggal 16-02-2023 pukul 23.30 WIB.
c) Riwayat penyakit dahulu	-Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki riwayat hipertensi dan stroke. Tetapi pasien mengaku merokok selama ini.
d) Riwayat penyakit /kesehatan keluarga	- Keluarga pasien mengatakan keluarga tidak ada yang mengidap penyakit yang sama seperti pasien, tetapi ada yang mempunyai hipertensi yaitu adik kandungnya.  <u>Gambar 4.1 Genogram Pasien</u> Keterangan :  Laki Laki  Pasien  Pasien  Garis Pernikahan  Meninggal  Tinggal Serumah
e) Riwayat psikososial dan spiritual	Pasien mengatakan merasa sedih dan tidak berdaya dengan keadaannya saat ini, karena tidak bisa berbicara dengan jelas seperti biasanya ke orang lain dan hanya bisa merepotkan anaknya. Pasien hanya berdoa dan sholat di tempat tidur.

2) Pola Fungsi Kesehatan

Tabel 4.3 Pola Fungsi Kesehatan

POLA KESEHATAN	DI RUMAH	DIRUMAH SAKIT
a) Pola Nutrisi / Cairan dan <i>Metabolisme</i>	Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3 x/hari, sekali makan habis dengan komposisi nasi, sayur, lauk dan buah. Pasien minum air putih $\pm$ 3-4 gelas/hari ($\pm$ 700 cc).	Keluarga pasien mengatakan pasien makan baru 1x sampai pasien dikaji, makan habis 1/2 – 3/4 porsi yang disediakan rumah sakit dengan komposisi bubur halus, sayur, lauk dan buah. Pasien minum air putih $\pm$ 2 gelas ($\pm$ 300 cc). Diet pasien rendah garam.
b) Pola <i>Eliminasi</i>	Pasien mengatakan setiap BAK $\pm$ 200cc dan BAB 1x sehari dipagi hari dengan konsistensi lembek, bau khas feces	Keluarga pasien mengatakan selama di RS pasien BAK baru 1x menggunakan pispot dibantu anaknya. Pasien tidak terpasang kateter dan pampers. Sedangkan pasien belum BAB sampai saat pasien dikaji.
c) Pola Aktivitas dan Personal <i>Hygiene</i>	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 setiap aktivitas dibantu oleh keluarganya, seperti mengambil makanan / minuman, berpakaian dan sholat. Pasien pagi sabin dibantu oleh anaknya dan selama di RS pasien belum keramas, hanya dilap dengan air.
d) Pola Tidur dan Istirahat	Pasien mengatakan pasien mulai tidur siang biasanya pukul 12.00 – 14.00 WIB, dan tidur malam pukul 21.00-04.00 WIB.	Pasien mengatakan sering terbangun karena ruangan ramai. Pasien tidur malam pukul 00.30-05.00 WIB.

Tabel 4.4 Pola Fungsi Kesehatan

POLA KESEHATAN	Pasien
a) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan	Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi alkohol tetapi pasien merokok. Pasien juga mengatakan tidak rutin meminum obat ketika sakit lambung.
b) Pola Peran Hubungan / Interaksi Sosial	Pasien mengalami kesulitan berkomunikasi, pasien bisa menjawab sedikit demi sedikit dengan bahasa Jawa. Pasien mengatakan komunikasi dengan keluarganya baik dan tidak ada masalah.
c) Pola Persepsi dan Konsep Diri	Pasien mengatakan merasa tidak berdaya, karena tidak bisa berbicara dengan jelas seperti biasanya. Pasien mangatakan bahwa sakit yang

d) Pola Kognitif dan Sensori – Persepsi	dideritanya adalah ujian dari Tuhan dan pasien berharap segera sembuh.
e) Pola Seksualitas / Reproduksi	Pasien mampu berorientasi dengan baik, mampu menyebutkan nama orang, waktu maupun tempat sekarang dirawat. Pasien tidak mengalami penurunan daya ingat.
f) Pola Penanggungan Stress	Pasien mengatakan mempunyai 2 orang anak laki-laki. Pasien juga mengatakan sudah tidak ingin lagi melakukan hubungan seks karena pasien menopause dan ingin fokus dengan keadaanya saat ini.
g) Pola Keyakinan Nilai	Ketika <i>stress</i> pasien membicarakan dengan keluarga terutama pada anaknya untuk mencari solusinya.
	Pasien mengatakan agamanya islam. Sebelum sakit biasanya menjalankan sholat 5 waktu, selama sakit pasien tidak bisa menjalankan sholat wajib 5 waktu dan sholat hanya di tempat tidur dan berdoa

3) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.5
Pemeriksaan Fisik

PEMERIKSAAN FISIK	Pasien
a) Keadaan Umum : (1) Tingkat Kesadaran:	Keadaan umum lemah. Kesadaran CM (<i>Compos Mentis</i>), GCS 4,5,6 = <i>Eye</i> 4 (membuka mata dengan <i>spontan</i>), <i>Verbal</i> 5 (orientasi baik dan sadar), <i>Motorik</i> 6 (menurut perintah).
(2) TTV: TD: Nadi: Suhu: RR: SpO2: BB: TB:	138/102 mmHg 76 x/menit 36,2 °C 20 x/menit 98 % 55 kg 165 cm
b) Kepala : (1) Rambut :	Bentuk kepala normal. Rambut beruban, terlihat lepek
(2) Mata :	<i>Simetris</i> kanan dan kiri, <i>konjungtiva</i> tidak pucat, sklera putih, tidak ada kotoran mata, mampu menggerakkan bola mata ke arah atas dan bawah serta ke kanan dan kiri.
(3) Hidung :	Tidak ada pernapasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada
(4) Telinga :	Telinga simetris kanan dan kiri, telinga sedikit kotor, terdengar berdenging
(5) Mulut :	Bibir simetris, bibir kering, lidah putih, terdapat caries gigi, pasien tidak mengalami kesulitan menelan.
(6) Muka :	Muka simetris, tidak pucat.
a) Leher :	Tidak ada kaku kuduk, tidak ada pembesaran <i>tonsil</i> , tidak ada pembesaran kelenjar <i>tyroid</i> dan tidak ada pembesaran <i>vena</i>

b) Dada : Paru: (1) <i>Inspeksi</i> : (2) <i>Palpasi</i> : (3) <i>Perkusi</i> : (4) <i>Auskultasi</i> : Jantung : (1) <i>Inspeksi</i> : (2) <i>Palpasi</i> : (3) <i>Perkusi</i> : (4) <i>Auskultasi</i> : e) Pemeriksaan payudara (1) <i>Inspeksi</i> : (2) <i>Palpasi</i> : f) <i>Abdomen</i> (1) <i>Inspeksi</i> : (2) <i>Auskultasi</i> : (3) <i>Palpasi</i> : (4) <i>Perkusi</i> : g) Pemeriksaan <i>inguinal, genitalia, anus</i> : Ekstremitas i) Pemeriksaan <i>integument</i> : (1) Kulit :	<i>jugularis.</i> Bentuk normal <i>chest</i>, pernapasan <i>regular</i>, tidak ada <i>retraksi intercosta</i>. <i>Vocal vrementus</i> (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri. Suara paru sonor. Suara nafas vesikuler Tidak ada suara nafas tambahan seperti <i>ronchi, wheezing</i>. Tidak terdapat pulsasi. Teraba <i>ictus cordis</i> di ICS 4-5 <i>midclavicula sinistra</i>. Suara jantung pekak. Batas jantung di kanan atas : ICS III paru <i>strenalis dextra</i> Batas jantung kanan bawah : ICS IV paru <i>strenalis sinistra</i> Batas jantung kiri bawah : ICS 1V <i>linea medio mitral</i> dan <i>trikuspidal clavicularis sinistra</i>. Bunyi jantung 1 di ICS 4 <i>sternalis sinistra</i>, ICS 5 <i>midclavicula linea sinistra</i> (lup). Bunyi jantung 2 di ICS 2 <i>linea sternalis dekstra dan sinistra</i> (dup). Payudara <i>simetris</i> kanan dan kiri, <i>aerola</i> berwarna kecoklatan. Tidak teraba adanya benjolan. Bentuk <i>abdomen</i> datar, tidak terdapat luka, tidak ada bayangan pembuluh darah, tidak ada keluhan mual. Bising usus 7 x/menit. Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran <i>hepar</i>, tidak terdapat massa. <i>Thympani</i>. Tidak ada kelainan dan tidak ada luka atau <i>lesi</i> pada <i>genetalia</i>. Pasien tidak mampu menahan kencing. Tidak terdapat kelemahan pada <i>ekstremitas</i> dan kekuatan otot 5 5 5 5 Kulit lembab, <i>akral</i> dingin, <i>turgor</i> kembali < 2 detik tidak ada edema CRT < 2 detik 5. Pemeriksaan Refleks a. Reflek Fisiologis: <table><tr><td></td><td></td><td>Dekstra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>1.</td><td>Trisep</td><td>(+)</td><td>(+)</td></tr><tr><td>2.</td><td>Bisep</td><td>(+)</td><td>(+)</td></tr></table>			Dekstra	Sinistra	1.	Trisep	(+)	(+)	2.	Bisep	(+)	(+)
		Dekstra	Sinistra										
1.	Trisep	(+)	(+)										
2.	Bisep	(+)	(+)										

	3.	Patella	(+)	(+)
	b. Reflek Patologis:			
			Dekstra	Sinistra
	1.	Babinski	(-)	(-)
	2.	Chaddock	(-)	(-)
	Keterangan:			
	a. Reflek Fisiologis			
	(+) = terdapat reflek			
	(-) = tidak terdapat reflek			
	b. Reflek Patologis:			
	(+) = tidak terdapat reflek			
	(-) = terdapat reflek			

4) Pemeriksaan Neurologi

1. *Olfaktorius* (penciuman) :

Penciuman pasien baik, pasien masih mampu mencium bau- bauan seperti minyak kayu putih.

2. *Optikus* (penglihatan) :

Penglihatan pasien baik, mampu melihat tanpa alat bantu.

3. *Okulomotorius* (gerakan ekstraokular mata) :

Pupil miosis (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya)

4. *Toklear* (gerakan bola mata ke atas bawah) :

Pasien mampu menggerakkan bola mata ke arah atas dan bawah.

5. *Trigeminus* (sensori kulit wajah) : Pasien mampu menyebutkan lokasi usapan

6. *Abdusen* (gerakan bola mata menyamping) :

Pasien mampu menggerakkan bola mata ke samping kanan dan kiri.

7. *Fasialis* (ekspresi wajah dan pengecapan) :

Pasien mampu mengerutkan dahi, muka pada pasien tidak simetris.

8. *Auditori* (pendengaran) : Saat dipanggil ada respon.9. *Glosofaringeus* (pengecapan, kemampuan menelan, gerak lidah)

Pasien mengalami kesulitan berbicara (cedal) kata yang diucapkan tidak jelas seperti menggumam dan pasien mampu membedakan rasa masakan.

10. *Vagus* (sensasi faring, gerakan pita suara) :

Pasien tidak mengalami kesulitan menelan saat makan.

11. *Aksesorius* (gerakan kepala dan bahu) :

Pasien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan.

12. *Hipoglossus* (posisi lidah) :

Pasien sulit menjulurkan lidah dan sulit menggerakkan ke kanan dan kiri, artikulasi kurang jelas saat bicara

Hasil Pemeriksaan Diagnostic

Tanggal : 17 April 2025

Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Diagnostik

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN	KET.
a) Laboratorium : Pemeriksaan darah				
WBC (<i>Leukosit</i>)	8.6	$10^3/\mu\text{L}$	4-10.5	
RBC (<i>Eritrosit</i>)	4.78	juta/ μL	3.5-4.76	H
HGB (<i>Hemoglobin</i>)	11.0	g/dL	13.5-18.0	L
HCT (<i>Hematokrit</i>)	36.0	%	42-51	H
MCV	75.3	fL	78-100	L
MCH	23.0	Pg	31.0-37.0	L
MCHC	30.6	g/dL	37.0-54.0	L
PLT (<i>Trombosit</i>)	210	$10^3/\mu\text{L}$	150-450	
	(%)	($10^3/\mu\text{L}$)		
RDW-CV	15,0	%	11.0-16.0	
MPV (<i>Mean Platelet Volume</i>)	9.1	fL	8.0-11.0	

PDW (<i>Platelet Distribution Width</i>)	11.1	%	0.9–17.0	
--	------	---	----------	--

b) Kimia klinik

FAAL LEMAK DAN JANTUNG

<i>Cholesterol Total</i>	165	mg/dl	140-200	
<i>Trigliserida</i>	82	mg/dl	40-150	
GINJAL				
<i>Ureum</i>	13.5	mg/dl	15.0-45.0	L
<i>Creatinin</i>	0,77	mg/dl	0.9-1.3	L
<i>Asam Urat</i>	4.8	mg/dl	3.5-7.2	

5) Hasil CT-SCAN :

Tanggal : 17 April 2025,

1. Ischemic cerebral infarction: - Sub acute di capsula interna bilateral, chronic di cerebellum kiri
2. Tak tampak lesi hiperdense berdensitas darah di brain parenchyma
3. Brain atrofi
4. Tampak kalsifikasi abnormal di proyeksi MCA et vertebralis bilateral
5. Tak tampak mid line shift
6. Calvaria dan mastoid normal
7. Sinusitis ethmoidalis et sphenoidalis bilateral
8. Kesimpulan : Ischemic cerebral infarction:
 - Sub acute di capsula interna bilateral, chronic di cerebellum kiri
 - Brain atrofi
 - Atherosclerosis MCA et vertebralis bilateral

6) Penatalaksanaan (Terapi / Pengobatan)

Tabel 4.7 Penatalaksanaan (Terapi / Pengobatan)

Tanggal	Terapi
17-04-2025	- Infus pz 1500 cc/24 jam = 14 tetes/menit. - Injeksi Citicolin 2 x 500 mg - CPG 1x75mg/oral

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa Data

DATA	MASALAH	ETIOLOGI
DS : 1. Pasien mengatakan pusing dan kepalanya terasa berat DO: 1. K/u lemah 2. Kesadaran <i>Compos Mentis</i> , GCS 4,5,6 3. Akral dingin 4. CRT < 2 detik 5. Pasien terlihat berbicara cedal 6. TTV TD : 138/102 mmHg MAP (114) N : 76 x/menit S : 36,2 °C RR : 20 x/ menit SpO2 : 99 % BB : 55 kg TB : 165cm 7. Hasil CT- SCAN a. Ischemic cerebral infarction: - Sub acute di capsula interna bilateral, - chronic di cerebellum kiri b. Brain atrofi c. Atherosclerosis MCA et vertebralis bilateral	Gangguan <i>perfusi</i> jaringan Serebral	Infark serebral ↓ Aterosklerosis
DS : 1. Pasien mengatakan pasien sulit berbicara 2. Pasien mengatakan lidah terasa berat DO: 1. K/u lemah 2. Kesadaran <i>Compos Mentis</i> , GCS 4,5,6 3. TTV TD : 138/102 mmHg MAP (114) N : 81 x/menit S : 36,2 °C RR : 20 x/ menit SpO2 : 99 % 4. Pasien terlihat tidak mampu berbicara dengan jelas 5. Wajah pasien terlihat tidak simetris, bibir mencong ke kiri (Nervus Fasialis) 6. Lidah pasien terlihat mencong ke kiri (Nervus Glossofaringeus) 7. Pasien kesukaran membuka mulut (Nervus Vagus)	Gangguan komunikasi verbal	Infark serebral ↓ Aterosklerosis ↓ Kerusakan Nervus ↓ Kontrol otot facial/oral melemah ↓ Ketidakmampuan bicara ↓ Kerusakan articular, tidak dapat berbicara (disatria) ↓ Gangguan Komunikasi Verbal

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa keperawatan	Tanggal teratasi	Tanda tangan
1.	17-04-2025	Gangguan <i>perfusi</i> jaringan <i>serebral</i> berhubungan dengan <i>Aterosklerosis</i> yang ditandai dengan : 1. Pasien mengatakan pusing dan kepalanya terasa berat 2. Pasien terlihat berbicara cedal 3. K/u lemah 4. Kesadaran <i>Compos Mentis</i>, GCS 4,5,6 5. <i>Akral</i> dingin 6. CRT < 2 detik 7. TTV - TD : 138/102 mmHg (114) - N : 76 x/menit - S : 36,2 °C - RR : 20 x/ menit - SpO2 : 99 % - BB : 55 kg - TB : 165 kg 8. Hasil CT SCAN a. Ischemic cerebral infarction: - Sub acute di capsula interna bilateral, - chronic di cerebellum kiri b. Brain atrofi c. Atherosclerosis MCA et vertebralis bilateral	19-04-2025	
2.	17-04-2025	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi <i>serebral</i> yang ditandai dengan : 1. Pasien terlihat tidak mampu berbicara dengan jelas 2. K/u lemah 3. Kesadaran <i>Compos Mentis</i>, GCS 4,5,6 4. Wajah pasien terlihat tidak simetris, bibir mencong ke kiri (<i>Nervus Fasialis</i>) 5. Lidah pasien terlihat mencong ke kiri (<i>Nervus Glosifaringeus</i>) 6. Pasien kesukaran membuka mulut (<i>Nervus Vagus</i>) 7. TTV - TD : 138/102 mmHg (114) - N : 76 x/menit - S : 36,2 °C - RR : 20 x/ menit - SpO2 : 99 % - BB : 55 kg - TB : 165 kg	19-04-2025	

4.1.5 Intervensi

Tabel 4.10 Intervensi

NO	TANGGAL	Diagnosa	SLKI	SIKI	Rasional
1	17-04-2025	Gangguan <i>perfusi</i> jaringan <i>serebral</i> tidak efektif berhubungan dengan <i>Aterosklerosis</i> .	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam perfusi jaringan otak dapat adekuat/meningkat (L. 02014) Dengan Kriteria Hasil : 1. Pertahankan tingkat kesadaran 2. Tekanan intracranial menurun 3. Sakit kepala menurun 4. Nilai rata-rata tekanan darah membaik 5. Tekanan darah sistolik membaik 6. Tekanan darah diastolic membaik 7. Reflek saraf membaik	Manajemen peningkatan tekanan intracranial (L.09325) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema Serebral) 2. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia 8. Monitor gelombang ICP 9. Monitor status pernafasan 10. Monitor intake dan output cairan 11. Monitor cairan serebrospinalis (mis. Warna, konsistensi) Terapeutik 12. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 13. Berikan posisi semi fowler 14. Hindari Manuver valsava	Observasi 1. Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan 2. Autoregulasi mempertahankan aliran darah otak yang konstan 3. Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi 4. Adanya perubahan tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak Terapeutik 5. Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali 6. Untuk memberikan kenyamanan pasien 7. Dapat menurunkan tekanan aretri dengan meningkatkan sirkulasi/perfusi Serebral 8. Pasien stroke perlu Pemeriksaan lanjutan untuk menentukan Tindakan lebih lanjut. Kolaborasi 9. Untuk meningkatkan penurunan pada peningkatan tekanan intra kranial (TIK)

				15. Cegah terjadinya kejang 16. Hindari penggunaan PEEP 17. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 18. Atur ventilator agar PaCO ₂ optimal 19. Petahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 20. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu 21. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu 22. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	
2.	17-04-2025	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi Serebral	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam maka komunikasi verbal meningkat (L.13118) Dengan Kriteria Hasil : 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat	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 e) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) f) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau	1. Memonitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara 2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) 3. Memonitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 5. Menggunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 6. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)

				pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) g) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan h) Ulangi apa yang disampaikan pasien i) Berikan dukungan psikologis j) Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi k) Anjurkan berbicara perlahan l) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	7. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 8. Mengulangi apa yang disampaikan pasien 9. Memberikan dukungan psikologis 10. Menggunakan juru bicara, jika perlu 11. Menganjurkan berbicara perlahan 12. Mengajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
--	--	--	--	--	---

4.1.6 Implementasi

Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan

No	Tanggal / jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi / Tindakan	Tanda Tangan
1.	17-4-2025 09.00 09.05 09.10 09.15 09.20 09.25 09.30 09.32 09.34 09.36	Gangguan <i>perfusi</i> jaringan <i>serebral</i> berhubungan dengan <i>aterosklerosis</i> yang ditandai dengan : 1. Pasien mengatakan pusing dan kepalanya terasa berat 2. Pasien terlihat berbicara cedal 3. K/u lemah 4. Kesadaran <i>Compos Mentis</i>, GCS 4,5,6 5. Akral dingin 6. CRT < 2 detik 7. TTV TD : 138/102 mmHg MAP (114) N : 76 x/menit S : 36,2 °C RR : 20 x/ menit SpO2 : 99 % BB : 55 kg TB : 165 kg 8. Hasil CT SCAN a. Ischemic cerebral infarction: - Sub acute di capsula interna bilateral, - chronic di cerebellum kiri b. Brain atrofi c. Atherosclerosis MCA et vertebralis bilateral	1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga. 2. Mengobservasi k/u pasien: tampak lemah 3. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK: kepala pusing terasa berat 4. Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK: tekanan darah meningkat 5. Memberikan posisi semi fowler dengan posisi leher tidak menekuk 6. Memberikan edukasi untuk menghindari manuver valsava (pergerakan mendadak, mengejan, batuk terlalu keras) 7. Mempertahankan pasien untuk <i>bedrest</i>, memberikan lingkungan tenang dengan membatasi pengunjung dan mengatur waktu istirahat pasien 8. Mempertahankan suhu tubuh normal pasien 9. Memberikan <i>injeksi</i> IV : <i>Citicolin</i> 500 mg 10. Mengobservasi TTV TD : 138/102 mmHg MAP (114) N : 76 x/menit S : 36,2 °C RR : 20 x/ menit SpO2 : 99 %	
2.	17-4-2025 09.38 09.42 09.46 09.50 09.55 10.00	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral yang ditandai dengan : 1. Pasien terlihat tidak mampu berbicara dengan jelas 2. K/u lemah 3. Kesadaran <i>Compos Mentis</i>, GCS 4,5,6 4. Wajah pasien terlihat tidak simetris, bibir mencong ke kiri (<i>Nervus Fasialis</i>) 5. Lidah pasien terlihat mencong ke kiri (<i>Nervus Glossofarineus</i>) 6. Pasien kesukaran membuka mulut (<i>Nervus Vagus</i>)	1. Memonitor kecepatan dan volume bicara 2. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan bersama 3. Mengulangi apa yang disampaikan pasien 4. Memberikan dukungan psikologis 5. Mengajarkan berbicara perlahan 6. Mengajarkan proses kognitif mengingat	

--	--	--	--	--

4.1.7 Evaluasi

Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal / jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1.	17-4-2025 13.30	Gangguan <i>perfusi</i> jaringan <i>serebral</i> berhubungan dengan <i>aterosklerosis</i> yang ditandai dengan : DS: 1. Pasien mengatakan pusing dan kepalanya terasa berat DO: 2. Pasien terlihat berbicara cedal 3. K/u lemah 4. Kesadaran <i>Compos Mentis</i>, GCS 4,5,6 5. Akral dingin 6. CRT < 2 detik 7. TTV - TD : 138/102 mmHg - MAP (114) - N : 76 x/menit - S : 36,2 °C - RR : 20 x/ menit - SpO2 : 99 % - BB : 55 kg - TB : 165 kg 8. Hasil CT SCAN a. Ischemic cerebral infarction: - Sub acute di capsula interna bilateral, - chronic di cerebellum kiri b. Brain atrofi c. Atherosclerosis MCA et vertebralis bilateral	S : - Pasien mengatakan pusing dan kepalanya masih berat. O : - K/u lemah - Kesadaran <i>Compos Mentis</i> GCS 4,5,6 - Pasien dalam posisi semi fowler - Pasien tampak istirahat dengan nyaman - CRT < 2 detik - Tekanan intracranial menurun - Sakit kepala menurun - Nilai rata-rata tekanan darah membaik - Tekanan darah sistolik membaik - Tekanan darah diastolic membaik - TTV - TD : 136/100mmHg, - MAP (112) - N : 78x/menit - S : 36,4°C - RR : 20 x/ menit, - SpO2 : 99 % - BB : 55 kg - TB : 165 cm A: Masalah belum teratasi P : Lanjutkan <i>intervensi</i> (1,2,13,14,18)
2	17-4-2025 13.30	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral yang ditandai dengan : 1. Pasien terlihat tidak mampu berbicara dengan jelas 2. K/u lemah 3. Kesadaran <i>Compos Mentis</i>, GCS 4,5,6 4. Wajah pasien terlihat tidak simetris, bibir mencong ke kiri (Nervus Fasialis) 5. Lidah pasien terlihat mencong ke kiri (Nervus Glosfaringeus) 6. Pasien kesulitan membuka mulut (Nervus Vagus)	S : - Pasien mengatakan pasien sulit berbicara - Pasien mengatakan lidah terasa berat O : - K/u lemah - Wajah pasien terlihat tidak simetris, bibir mencong ke kiri - Lidah pasien terlihat mencong ke kiri - Pasien kesulitan membuka mulut A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan <i>intervensi</i> (1,6,8,9,11,12).

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 4.12 Catatan Perkembangan

Tanggal / jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi (SOAP)
18-4-2025 08.00 08.10 08.15 08.17 08.20 09.00	Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan <i>aterosclerosis</i>	1. Memberikan <i>injeksi IV : Citicolin 500 mg.</i> 2. Mengganti cairan infus Pz 1500 cc 14 tpm. 3. Memantau tingkat kesadaran pasien <i>Compos Mentis.</i> 4. Pertahankan kepala tempat tidur 30-45⁰ dengan posisi leher tidak menekuk 5. Mempertahankan pasien untuk <i>bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat pasien</i> 6. Mengobservasi TTV TD : 130/92mmHg MAP (105) N : 73 x/menit S : 36,0 °C RR : 20 x/ menit SpO2 : 98 %	S : - Pasien mengatakan pusing berkurang O: - K/u lemah - Kesadaran <i>Compos Mentis</i>, GCS 4,5,6 - CRT < 2 detik - Tekanan intracranial menurun - Sakit kepala menurun - Nilai rata-rata tekanan darah membaik - Tekanan darah sistolik membaik - Tekanan darah diastolic membaik - Pasien tampak istirahat dengan nyaman - Tekanan darah menurun - TTV TD : 125/84mmHg MAP (98) N : 69 x/menit S : 36,0 °C RR : 20 x/ menit SpO2 : 98% A: Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan <i>intervensi</i>(13,14,18)
18-4-2025 08.30 08.40 08.45 08.50 08.55	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral	1. Memonitor kecepatan dan volume bicara 2. Mengulangi apa yang disampaikan pasien 3. Memberikan dukungan psikologis 4. Menganjurkan pasien berbicara perlahan 5. Mengajarkan proses kognitif mengingat	S: - Pasien mengatakan sulit berbicara - Pasien mengatakan lidah terasa berat O: - K/u lemah - Wajah pasien terlihat tidak simetris, bibir mencong ke kiri - Lidah pasien terlihat mencong ke kiri - Pasien kesulitan membuka mulut A: Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan <i>intervensi</i> (1,8,9,11,12).

Tabel 4.12 Catatan Perkembangan

Tanggal / jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi (SOAP)
19-4-2025 08.00 08.10 08.15 09.00	Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Aterosklerosis	1. Memberikan <i>injeksi</i> IV : <i>Citicolin</i> 500 mg. 2. Memantau kesadaran pasien <i>Compos Mentis</i> . 3. Membantu memberikan posisi nyaman yaitu posisi semi fowler 4. Mengobservasi TTV : TD : 124/87 mmHg MAP (99) N : 77 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/ menit SpO2 : 99 %	S : - Pasien mengatakan pusing berkurang O: - K/u cukup - Kesadaran <i>Compos Mentis</i> , GCS 4,5,6 - CRT < 2 detik - Tekanan intracranial menurun - Sakit kepala menurun - Nilai rata-rata tekanan darah membaik - Tekanan darah sistolik membaik - Tekanan darah diastolic membaik - Tekanan darah menurun - TTV TD : 122/84 mmHg MAP (97) N : 77 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/ menit SpO2 : 99 % A: Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan, pasien KRS
19-4-2025 08.20 08.25 08.35	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral	1. Memonitor kecepatan dan volume bicara 2. Menganjurkan pasien berbicara perlahan 3. Menganjurkan keluarga untuk memberikan dukungan psikologis dan proses kognitif mengingat	S : - Pasien mengatakan kemampuan berbicara meningkat - Pasien mengatakan lidah mulai bisa digerakkan O: - K/u cukup - Berbicara sulit/cedal sudah pada pasien sudah berkurang - Kemampuan berbicara pasien mulai meningkat - Pasien mampu membuka mulut A: Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan, pasien KRS

4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4.13 Hasil Analisis

Analisis		
Teori	Fakta	Keterangan
1) Identitas pasien Identitas meliputi nama pasien, umur, alamat, jenis kelamin, status perkawinan, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosa medis (Zebua, 2021)	Berdasarkan hasil penelitian pasien CVA Infark pada Tn. S dengan usia 73 tahun, pekerjaan petani, pendidikan terakhir SMA, beragama islam, berasal dari suku Jawa, bertempat tinggal di Suruh, Suruh Trenggalek tanggal MRS 16 April 2025, tanggal pengkajian 17 April 2025 dan diagnose medis <i>cva infark</i>.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
2) Keluhan utama Keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan diri. Pada umumnya keluhan yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat/susah berkomunikasi, nyeri kepala. Gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Zebua, 2021).	- Saat MRS : keluarga pasien mengatakan pasien berbicara cedal dan kepala pasien pusing terasa berat. - Saat pengkajian : pasien mengatakan pasien berbicara cedal, pasien juga mengatakan kepalanya pusing terasa berat.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
3) Riwayat penyakit sekarang Serangan stroke biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak	Pada tanggal 16-04-2025 pukul 09.00 WIB setelah membeli	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.

disadari oleh pasien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak lain (Tarwoto, Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan edisi II, 2013)	sarapan, pasien tiba-tiba merasakan lemas dan kepala sakit, lalu berbicara gagap tidak jelas seperti orang terkena stroke. Kemudian oleh anaknya , pasien dibawa ke Puskesmas Suruh pada tanggal 16-04-2025 pukul 09.30, sesampai di Puskesmas Suruh oleh dokter disarankan langsung rujuk ke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek. Pasien dirujuk ke RSUD dr Soedomo Trenggalek, sampai di IGD pukul 18.35 WIB kemudian pindah ke ruang Flamboyan pada tanggal 16-02-2023 pukul 23.30 WIB.	
4) Riwayat penyakit dahulu Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan , aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan pasien seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan alkohol (Tarwoto 2013, dalam Kusyuni 2022).	Pasien mengatakan pasien tidak memiliki riwayat hipertensi atau stroke sebelumnya. Tetapi pasien mengaku merokok selama ini.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
5) Riwayat Kesehatan Keluarga Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi atau diabetes mellitus (Tarwoto, 2013 dalam Kusyuni 2022)	Keluarga pasien mengatakan keluarga tidak ada yang mengidap penyakit yang sama seperti pasien, tetapi ada yang mempunyai hipertensi yaitu adik kandungnya.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta
6) Riwayat <i>psikososial</i> Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan,dan perawatan, dapat mengacaukan keuangan keluarga. Faktor keuangan ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien maupun keluarga. Sehingga menjadi mudah marah, sedih serta kesulitan untuk mengekspresikan diri (Tarwoto, Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan edisi II, 2013).	Pasien mengatakan merasa sedih dan tidak berdaya dengan keadaannya saat ini, karena tidak bisa berbicara dengan jelas seperti biasanya ke orang lain dan hanya bisa merepotkan anaknya.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta

7) Pola <i>nutrisi</i> dan <i>metabolisme</i> Pada pasien dengan stroke terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah dan kesulitan untuk menelan (Tarwoto, 2013 dalam Kusyuni 2022).	Saat dirumah keluarga pasien mengatakan pasien makan 3 x/hari, sekali makan habis dengan komposisi nasi, sayur, lauk dan buah. Pasien minum air putih $\pm$ 3-4 gelas/hari ($\pm$700 cc). Saat dirumah sakit keluarga pasien mengatakan pasien makan baru 1x sampai pasien dikaji, makan habis 1/2 – 3/4 porsi yang disediakan rumah sakit dengan komposisi bubur halus, sayur, lauk dan buah. Pasien minum air putih $\pm$ 2 gelas ($\pm$300 cc). Diet pasien rendah garam.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta
8) Pola <i>eliminasi</i> Pada pasien dengan stroke didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontensia urin, anuria. Pada pola eliminasi BAB didapatkan konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilitas dan bising usus negative (Getudris 2019).	Saat di rumah pasien mengatakan setiap BAK $\pm$ 200cc dan BAB 1x sehari dipagi hari dengan konsistensi lembek, bau khas feses. Saat di rumah sakit keluarga pasien mengatakan selama di RS pasien BAK baru 1x menggunakan pispot dibantu anaknya. Pasien tidak terpasang kateter dan pampers. Sedangkan pasien belum BAB sampai saat pasien dikaji.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta
9) Pola aktivitas dan latihan Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori/paralise atau hemiplegia, mudah lelah (Getudris, 2019).	Pasien mengatakan setiap aktivitas dibantu oleh keluarganya, seperti mengambil makanan / minuman, berpakaian dan sholat. Pasien pagi sibin dibantu oleh anaknya dan selama di RS pasien belum keramas, hanya dilap dengan air.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta

10) Pola tidur dan istirahat Biasanya pasien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (Getudris, 2019).	Saat dirumah pasien mengatakan pasien mulai tidur siang biasanya pukul 12.00 – 14.00 WIB, dan tidur malam pukul 21.00-04.30 WIB. Saat di rumah sakit pasien mengatakan sering terbangun karena ruangan ramai. Pasien tidur malam pukul 00.30-05.00 WIB.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
11) Pola hubungan dan peran Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan berbicara (Getudris, 2019).	Pasien mengalami kesulitan berkomunikasi, pasien bisa menjawab sedikit demi sedikit dengan bahasa Jawa. Pasien mengatakan komunikasi dengan orang lain mengalami kesulitan.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta
12) Pola <i>persepsi</i> dan konsep diri Pasien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berfikir dan kesulitan berkomunikasi (Zebua, 2021).	Pasien mengatakan merasa tidak berdaya, karena pasien tidak bisa berbicara dengan jelas ke orang lain. Pasien mangatakan bahwa sakit yang dideritanya adalah ujian dari Tuhan dan pasien berharap segera sembuh.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
13) Pola <i>sensori</i> dan <i>kognitif</i> Biasanya di dalamnya statusmental, pola komunikasi, dan orientasi. Pada pola sensori pasien mengalami gangguan penglihatan atau kaburan pandangan,perabaan atau sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir. (Zebua, 2021)	Pasien tidak mengalami gangguan penglihatan, mampu berorientasi dengan baik, mampu menyebutkan nama orang, waktu maupun tempat sekarang dirawat. Pasien tidak mengalami penurunan daya ingat.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu tidak mengalami gangguan penglihatan, pasien mampu berorientasi dengan baik.
14) Pola <i>reproduksi seksual</i> Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamine (Tarwoto, 2013).	Pasien mengatakan mempunyai 2 anak laki-laki. Pasien juga mengatakan sudah tidak ingin lagi melakukan hubungan seks karena sudah menopause dan ingin fokus dengan keadaanya saat ini	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
15) Pola tata nilai dan kepercayaan Pasien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang	Pasien mengatakan agamanya islam. Sebelum sakit biasanya	Adanya kesesuaian antara teori dan

tidak stabil, kelemahan / kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh. (Getudris, 2019)	menjalankan sholat 5 waktu, selama sakit pasien tidak bisa menjalankan sholat wajib 5 waktu dan sholat hanya di tempat tidur dan berdoa karena adanya kelemahan pada diri	fakta.
16) Keadaan umum Keadaan umum dengan pasien 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 (Zebua, 2021).	Keadaan umum lemah. Pasien terlihat berbicara cedal. Kesadaran CM (<i>Compos Mentis</i>), GCS 4,5,6 = <i>Eye</i> 4 (membuka mata dengan <i>spontan</i>), <i>Verbal</i> 5 (orientasi baik dan sadar), <i>Motorik</i> 6 (menurut perintah). Tekanan darah : 138/102 mmHg Nadi : 76 x/menit Suhu : 36,2 °C RR : 20 x/menit SpO2 : 99 % BB : 55 kg TB : 165 cm	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
17) Pemeriksaan fisik : 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 operasi. (Zebua, 2021) b) Muka :Umumnya pada muka tidak simetris (ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis). (Zebua, 2021) c) Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada matamengalami penurunan penglihatan (rabun). (Zebua, 2021) d) Hidung: Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.	Bentuk kepala normal. Rambut terlihat lepek. Muka tidak <i>simetris</i>, tidak pucat <i>Simetris</i> kanan dan kiri, <i>konjungtiva</i> tidak pucat, sklera putih, tidak ada kotoran mata, tidak kabur, mampu menggerakkan bola mata ke arah atas dan bawah serta ke kanan dan kiri. Tidak ada pernapasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada <i>sekret</i>.	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien tidak mengalami penurunan penglihatan. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu

e) Telinga : Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/ berdesis pada telinga). (Getudris, 2019) f) Mulut : Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir. (Zebua, 2021) g) Dada/Thorak 1. Pemeriksaan sistem pernafasan a. Inspeksi :Amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung), frekuensi pernafasan, irama dan suara nafas. Kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Tarwoto, 2013) b. Palpasi : untuk menilai tactile fremitus c. Perkusi :untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor. d. Auskultasi :Auskultasi trakea suara yang didengar adalah bronchial, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah bronkovesikuler, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler.Pernafasan pada pasien stroke kadang	Telinga simetris kanan dan kiri, telinga sedikit kotor, terdengar berdenging Bicara pasien pelo dan cedal Bentuk normal <i>chest</i>, pernafasan <i>regular</i>, tidak ada <i>retraksi intercosta</i>. <i>Vocal vrementus</i> (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri. Suara paru sonor. Suara nafas vesikuler Tidak ada suara nafas tambahan seperti <i>ronchi</i>, <i>wheezing</i>.	tidak ada pernafasan cuping hidung pada pasien. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta Adanya kesesuaian antara teori dan fakta Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu tidak terdapat suara nafas tambahan pada pasien.
--	--	---

didapatkan suara nafas terdengar ronchi,wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan 2. Pemeriksaan jantung a. Perkusi :pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak. b. 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. h) <i>Abdomen</i> Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan , nafsu makan menurun, mual muntah pada akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas. i) <i>Genetalia</i> :Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Tarwoto, 2013) j) <i>Ekstremitas</i> : Pada pasien dengan stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiparase, mengalami kelemahan otot (Tarwoto, Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan edisi II, 2013).	Suara jantung pekak. Bunyi jantung 1 di ICS 4 <i>sternalis sinistra</i>, ICS 5 <i>midclavícula linea sinistra</i> (lup). Bunyi jantung 2 di ICS 2 linea <i>sternalis dekstra dan sinistra</i> (dup). Bentuk <i>abdomen</i> datar, tidak terdapat luka, tidak ada bayangan pembuluh darah, tidak ada keluhan mual. Bising usus 7 x/menit. Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran <i>hepar</i>, tidak terdapat konstipasi, tidak terdapat inkontinensia alvi Tidak ada kelainan dan tidak ada luka atau <i>lesi</i> pada <i>genetalia</i>. Pasien tidak mampu menahan kencing. Tidak terdapat kelemahan pada <i>ekstremitas</i> & kekuatan otot 5 5 5 5 5 = kekuatan otot penuh	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien tidak mengalami kelemahan pada ekstremitas
---	--	---

18) Saraf kranial 1. Saraf Kranial 1 Olfaktorius: Biasanya pada pasien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman 2. Saraf Kranial 2 Optikus: Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang. 3. Nervus 3 Okulomotorius: Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke <i>fase atas dan lateral, kebawah dan keluar</i>. 4. Nervus 4 Troklearis: Kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial. 5. Nervus 5 Trigemini: untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigemini yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigemini. 6. Nervus 6 Abduksen: Kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit tereduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, etika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predomannya otot oblikus inferior.	Penciuman pasien baik, pasien masih mampu mencium bau-bauan seperti minyak kayu putih. Penglihatan pasien baik, mampu melihat tanpa alat bantu. Pupil <i>miosis</i> (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya) Pasien mampu menggerakkan bola mata ke arah atas dan bawah. <i>Refleks</i> berkedip positif. Pasien mampu menggerakkan bola mata ke samping kanan dan kiri.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien tidak mengalami gangguan penglihatan. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien tidak mengalami gangguan penglihatan. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien tidak mengalami gangguan penglihatan. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien tidak mengalami gangguan penglihatan.
--	---	--

7. Nervus 7 Fasialis:Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis). 8. Nervus 8 auditorius : Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo). 9. Nervus 9 Glosfaringikus dan nervus 10 vagus : Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosfaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradanya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian . Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot- otot menelan menjadi lemah dan lumpuh. Cairan ataumakanan tidak dapat ditelan ke esofagus me;ainan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru. 10. Nervus 11 Assesorius: Gangguan pada nervus assesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapeziuz) dan otot leher (otot sterokleidomastoideus). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot trapeziuz dan otot sterokleidomastoideus terganggu. 11. Nervus 12 Hipoglosus: Kerusakan nervus hipoglosus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat	Pasien mampu mengerutkan dahi, wajah pasien tidak simetris. Saat dipanggil ada respon Pasien mengalami kesulitan berbicara (cedal) kata yang diucapkan jelas dan pasien mampu membedakan rasa masakan. Pasien tidak mengalami kesulitan menelan saat makan. Pasien mampu menggerakkan kepala dan bahu Pasien sulit menjulurkan lidah	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien tidak mengalami gangguan pendengaran. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien mampu menggerakkan kepala dan bahu. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
--	--	--

menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nnervus hipoglossus pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidahh akan membelok ke arah sisi yang sakit saat dijulurkan. Saat istirahat lidah membelokk ke sisi yang sehat di dalam mulut. 19) Diagnosa : 1. Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan suplai darah dan oksigen ke otak menurun (D.0017) 2. Defisit nutrisi berhungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019) 3. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) 4. Nyeri akut (D.0077) 5. Gangguan persepsi sensori (D.0085) 6. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119) 7. Gangguan integritas kulit (D.0129) Risiko jatuh (D.0143) 20) Intervensi : 21) Implementasi : Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan yang bertujuan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru.	- Gangguan <i>perfusi</i> jaringan <i>serebral</i> berhubungan dengan suplai darah dan oksigen ke otak menurun. - Gangguan komunikasi <i>verbal</i> berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral Sesuai dengan yang disusun oleh penlis Sesuai yang disusun penulis Implementasi yag dilakukan pada saat penelitian mengacu pada intervensi yang telah disusun. Sedangkan waktu pelaksanaan tindakan keperawatan tidak berurutan seperti yang ada di intervensi.	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta. (Tidak semua diagnosa muncul pada pasien). Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta. (Tidak semua intervensi dapat dilakukan pada pasien). Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta. (Implementasi dilakukan sesuai intervensi dan sesuai kondisi pasien).
--	---	--

22) Evaluasi : Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan, yang mana dalam evaluasi terdapat komponen evaluasi yaitu SOAP dan SOAPIER.	- Diagnose 1 : S : 1. Pasien mengatakan pusing dan kepalanya masih berat. O: 1. K/u lemah 2. Kesadaran <i>Compos Mentis</i>, GCS 4,5,6 3. CRT < 2 detik 4. TTV TD : 138/102 mmHg N : 76 x/menit S : 36,2 °C RR : 20 x/ menit SpO2 : 99% BB : 55 kg TB : 165 cm A: Masalah belum teratasi P : Lanjutkan <i>intervensi</i> - Diagnose 2 : S : - Pasien mengatakan sulit berbicara, lidah terasa berat O: - K/u lemah - Wajah pasien terlihat tidak simetris, bibir mencong ke kiri - Lidah pasien terlihat mencong ke kiri - Pasien kesukaran membuka mulut A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi (1,6,8,9,11,12)	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta. (Mengevaluasi pasien sebelum maupun sesudah melakukan tindakan untuk mengetahui adanya perkembangan). 105
---	---	--

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pola nutrisi dan metabolisme, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola sensori dan kognitif, pemeriksaan fisik (hidung, telinga, pemeriksaan dada:auskultasi, abdomen, ekstremitas).

1.Pola Nutrisi dan Metabolisme

Berdasarkan data pengkajian didapatkan keluarga pasien mengatakan selama di RS pasien makan baru 1x sampai pasien dikaji, makan habis $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ porsi yang disediakan rumah sakit dengan komposisi bubur halus, sayur, lauk, dan buah. Pasien minum air putih 300cc. Diet pasien rendah garam.

Secara teori pada pasien dengan stroke terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah dan kesulitan untuk menelan (Tarwoto,2013 dalam Kusyani 2022).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pasien tidak mengalami gangguan menelan atau anoreksia atau mual muntah. Nervus yang mensyarafi yaitu nervus glosofaringius dan nervus vagus tidak mengalami gangguan.

2.Pola Eliminasi

Berdasarkan data pengkajian didapatkan keluarga pasien mengatakan selama di RS pasien BAK baru 1x menggunakan pispot dibantu anaknya, Pasien tidak terpasang kateter dan pampers. Sedangkan pasien belum BAB sampai saat pasien dikaji

Secara teori pada pasien dengan stroke terdapat perubahan pola berkemih seperti inkontensia urine. Pada pola eliminasi BAB didapatkan konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilitas dan bising usus negative (Getudris, 2019).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pasien tidak mengalami kerusakan syaraf yang dapat mengganggu sinyal dari otak ke otot-otot yang mengontrol kandung kemih dan usus, sehingga pasien tidak mengalami inkontinensia atau hilangnya kontrol buang air kecil/buang air besar. Pasien juga tidak mengalami penurunan mobilitas fisik atau kekurangan serat dan cairan, sehingga nutrisi pada pasien tercukupi, tidak ada gangguan pada eliminasi.

3.Pola Sensori dan Kognitif

Berdasarkan data pengkajian didapatkan pasien tidak mengalami gangguan penglihatan, mampu berorientasi dengan baik, mampu menyebutkan nama orang, waktu maupun tempat sekarang dirawat. Pasien tidak mengalami penurunan daya ingat.

Secara teori pada pola *sensori* pasien mengalami gangguan penglihatan/kekaburan pandangan, perabaan/sentuhan menurun pada

muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Zebua, 2021).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pasien berada dalam kondisi baik secara sensori dan kognitif karena serangan stroke pasien baru pertama kali dan pasien diberikan terapi obat citicoline yang salah satu kegunaannya yaitu mencegah gangguan memori pada penderita stroke.

4. Pola Aktivitas dan Latihan

Berdasarkan data pengkajian pasien mengatakan setiap aktivitas dibantu oleh keluarganya, seperti mengambil makanan / minuman, berpakaian dan sholat. Pasien pagi sabin dibantu oleh anaknya dan selama di RS pasien belum keramas, hanya dilap dengan air.

Secara teori pada pola aktivitas dan latihan adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori/paralise atau hemiplegia, mudah lelah (Getudris, 2019).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pasien berada dalam kondisi baik secara aktivitas dan latihan gerak karena pasien tidak mengalami kelemahan, tidak ada hemiplegia dan kekuatan otot normal. Hanya saja pasien dibantu aktivitasnya, karena pasien stroke tidak boleh terlalu banyak aktivitas bangun dari tempat tidur yang menyebabkan aliran darah dan oksigen ke otak berkurang akibat stroke itu sendiri dan memperlambat pemulihan.

5. Pemeriksaan fisik

Berdasarkan data pengkajian didapatkan kesenjangan pada pemeriksaan fisik meliputi (hidung, pemeriksaan dada, ekstremitas).

a. Hidung

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada hidung didapatkan pada pasien tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada secret.

Secara teori umumnya pada pasien stroke ada pernafasan cuping hidung, kesulitan bernafas, nyeri pada hidung. (Zebua, 2021)

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa kondisi stroke pada pasien ini tidak berdampak pada fungsi pernafasan melalui hidung atau system *olfactorius*. Kemungkinan stroke yang dialami tidak mempengaruhi pusat pernafasan atau saraf sensorik terkait penciuman dan otot pernafasan.

b. Auskultasi pada bagian dada/thorak

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan auskultasi pada dada/thorak didapatkan suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing.

Secara teori pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan. (Tarwoto, 2013 dalam Kusyanti 2022).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat dengan tingkat kesadaran pasien compos

mentis maka pasien masih bisa gerak miring kanan miring kiri sehingga tidak terjadi penumpukan secret pada paru-paru dan fungsi pembersihan jalan nafas pasien baik serta saluran nafas tidak mudah mengalami infeksi.

6. Abdomen

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada abdomen didapatkan bentuk abdomen datar, tidak terdapat luka, tidak ada bayangan pembuluh darah, tidak ada keluhan mual, bising usus 7 x/menit, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak terdapat massa, thympani.

Secara teori didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan , nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

Penulis berpendapat bahwa pasien tidak ada keluhan pada abdomen dikarenakan pasien tidak mengalami penurunan kekuatan otot sehingga pasien masih mampu melakukan mobilitas minimal, yang menyebabkan pergerakan usus pada pasien aktif atau normal. Pasien juga mendapatkan asupan serat dan cairan yang tercukupi sehingga pasien tidak mengalami masalah pencernaan yaitu konstipasi.

7. Ekstremitas

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan tidak terdapat kelemahan pada ekstremitas & kekuatan otot normal.

Secara teori pada pasien dengan stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiparase, mengalami kelemahan otot (Tarwoto, Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan edisi II, 2013).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pasien tidak mengalami masalah pada ekstremitas karena serangan stroke pada pasien baru pertama kali dan langsung mendapatkan penanganan Stroke BE FAST sehingga tidak membuat pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

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 gangguan aliran darah ke otak, perdarahan, edema serebral, peningkatan tekanan intracranial (PPNI, 2017), Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (PPNI, 2017). Menurut (PPNI, 2017), diagnose yang muncul pada pasien adalah : Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan suplai darah dan oksigen ke otak menurun. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan.

Gangguan mobilitas fisik. Nyeri akut. Gangguan persepsi sensori. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral. Gangguan integritas kulit. Risiko jatuh.

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* , diagnosa yang muncul ada 8. Penulis berpendapat bahwa diagnosa 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.

4.2.2 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada pasien CVA *infark* disusun berdasarkan teori yang telah ada, yaitu diambil dari (Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), dan disesuaikan dengan SOP (*Standart Operasional Prosedur*) yang ada di lokasi pengambilan data.

Intervensi keperawatan adalah merupakan perumusan tujuan tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan kepada pasien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan dapat teratasi (Huda, 2016).

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

pada lokasi pengambilan data.

4.2.3 Implementasi

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan menggunakan intervensi yang sudah disusun. Implementasi dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 17 April 2025 sampai 19 April 2025.

Secara teori implementasi/pelaksanaan adalah relisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data dan berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, 2015). Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2, yaitu :

1) Tindakan keperawatan mandiri

Tindakan yang dilakukan tanpa pesanan dokter. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan oleh perawat sendiri. Misalnya menciptakan lingkungan yang tenang.

2) Tindakan keperawatan kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat jika perawat bekerja dengan anggota perawatan lainnya dalam membuat keputusan bersama yang bertahan untuk mengatasi masalah pasien.

Penulis berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta. Pada tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan penulis sebelumnya sudah berdasarkan intervensi yang sudah disusun dengan memperhatikan keamanan kondisi pasien, dan mempertimbangkan standart operasional yang ada di lokasi pengambilan data supaya

efektif dan efisien.

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. Berdasarkan teori, evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah, 2009). Dan untuk perawatan selanjutnya bisa dilakukan oleh keluarga di rumah seperti latihan gerak aktif dan pasif untuk pemulihan anggota gerak yang mengalami kelumpuhan.

BAB 5

KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

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

1.1.1 Pengkajian

Setelah dilakukan penelitian pasien didapatkan perbedaan antara teori dan fakta yaitu pola sensori dan kognitif, pemeriksaan fisik meliputi (hidung, auskultasi pada bagian dada/thorak, ekstremitas), pada syaraf kranial meliputi (*optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduksen, auditorius, assessorius*). Hal ini menunjukkan tidak semua manifestasi klinik pada pasien dengan CVA *infark* saat pengkajian.

1.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penelitian ini ada 2 diagnosa, yaitu pasien dengan Gangguan *perfusi* jaringan *serebral* berhubungan dengan suplai darah dan oksigen ke otak menurun, Gangguan komunikasi *verbal* berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral. Pada konsep teori CVA *infark* terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang muncul, akan tetapi pada saat melakukan penelitian, tidak semua diagnosa ditemukan.

1.1.3 Intervensi Keperawatan

Pada tahap intervensi keperawatan, intervensi disusun berdasarkan

teori-teori dari kepustakaan yang ada dan mengacu pada standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit dan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu pasien dengan Gangguan *perfusi* jaringan *serebral* berhubungan dengan suplai darah dan oksigen ke otak menurun, Gangguan komunikasi *verbal* berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

5.1.4 Implementasi

Pada tahap implementasi keperawatan, implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun. Akan tetapi tidak semua intervensi dapat dilakukan, sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien.

5.1.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan pasien. Selama dilakukan evaluasi tiga hari, kondisi pasien mulai ada perubahan, meskipun belum mencapai hasil maksimal.

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 pasien CVA *Infark*

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 *infark*.

5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

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

5.2.4 Bagi Penderita CVA Infark

Di harapkan pasien pada penderita CVA Infark 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 kerumah sakit.

5.2.5 Bagi Penulis

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

DAFTAR PUSTAKA

- https://books.google.co.id/books?id=d7v_EAAQBAJ&pg=PA151&dq=apa+saja+dasar+keabsahan+data&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&source=gb_mobile_search&ovdme=1&sa=X&ved=2ahUKEwjTzKnZkOKAxVS1jgGHQIWGScQ6wF6BAGNEAU#v=onepage&q=apa+saja+dasar+keabsahan+data&f=false.
- <http://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/25134/BAB%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y> dikutip pada 17 Januari 2022 jam 16.34 WIB)
- [http://scholar.unand.ac.id/3595/2/BAB 1.pdf](http://scholar.unand.ac.id/3595/2/BAB+1.pdf) dikutip pada 17 Januari 2022 jam 17.00 WIB)
- Aeny, Mufida Nur. (2019) *Laporan Asuhan Keperawatan Pada Tn. L Dengan Stroke Di Rs Saiful Anwar Malang*, University of Muhammadiyah Malang.
- Barkah, S. D. (2022). Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Motivasi Pasien Pasca Stroke Dalam Melakukan Latihan Fisioterapi di Rs. Sukmul Sisma Medika Jakarta Utara Tahun 2022. *Jurnal Pendidikan dan Konseling*, vol. 4 no. 3.
- BASUKI, LISTIYANA. (2019) Penerapan ROM (Range of Motion) Pada Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Dengan Ganggun Mobilitas Fisik Di RSUD Wates Kulon Progo, Poltekkes Jogja.
- Boehme, A. K. (2018). *Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. Circulation Research* 120(3), 472-495.
- Dharma, K. K. (2018). Pemberdayaa keluarga untuk mengoptimalkan kualitas hidup pasien pasca stroke. Yogyakarta: Deepublish.
- Fanti Eka Susanti. (2023). *Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan CVA Non Hemoragic Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Trenggalek*.
- Getudris (2019) *Asuhan Keperawatan Pada, Tn S. W.Denganstroke Non Haemoragik Di Ruang Kelimutu Rsud. Prof. Dr. W. Z. Johannes* Kupang.
- Harahap, M.E. (2021) “The Effect Of Active Range Of Motion (Rom) On Muscle Strength In Non-Hemorric Stroke Patients In The Physioteraphy Room Of Imelda Pekerja Indonesia General Hospital , Medan City North.”, *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 6, pp. 859–64.
- Inka Lestari, R. E. (2024). Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Stroke Infark. *Jurnal Global Ilmiah*, 489.

- Insana, M. (2021). *Asuhan Keperawatan DM Dan Asuhan Keperawatan Stroke* Yogyakarta: *Deepublish*.
- Janah, Vivi Noor. (2019) *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Rsud. Abdul Wahab Sjahanie Samarinda, Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur*.
- JPNN. (2019). Mengejutkan! 14.591 orang Tercatat Menderita Stroke. Jakarta Selatan: Jaringan Pemberitahuan Nusantara Negeriku Graha Pena Jawa Pos Group Building.
- Kemenkes. (2024, October 25). *Kemenkes Hebat, Indonesia Sehat*. Retrieved from <https://www.kemkes.go.id/id/cegah-stroke-dengan-aktivitas-fisik>
- Kusyani A. (2019). Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Waktu Kedatangan Pasien Stroke Iskemik ke IGD RSUD Jombang. Jombang: Well Being.
- Maesarah & Supriyanti. (2023). The Application of ROM to Increasing Muscle Strenght in Non-Hemoragic Stroke Patient. *Jurnal Ners Widya Husada*, 10(3).
- NANDA, I. (2021). *ANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification*. Oxford: *Wiley-Blackwell*.
- Nurdiana, Linda. (2019) *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Ruang Stroke Center Rsud Abdul Wahab Sjahanie Samarinda, Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur*.
- Oktasya, Esa. (2020) *Studi Literatur: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Konstipasi*, Diss. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- Pandian J, L.P. (2022). World Stroke Organization (WSO): *Global Stroke Fact Sheet*.
- Permatasari, Lyana Kartika. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cerebro Vascular Accidant (CVA) Infark di Ruang Nakula Rumah Sakit Umum Daerah Jombang*. Jombang: *Insan Cendekia Medika*.
- Pinasthika, S. (2018). Pengaruh Terapi Slow Stroke Back Massage Terhadap Perubahan Tekanan Darah Pada Pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Melati 4 Rsup Dr. Soeradji TIRTONEGORO. Klaten.
- PPNI (2017) *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta Selatan: *DPP PPNI*.
- Puspita, Bagus. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Cerebral Vaskuler*

Accident, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

Putri, N. (2023). Gambaran Epidemiologi Stroke Di Jawa Timur Tahun 2019-2021. *Prepotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat vol. 7 no.1*.

Rahmadani, E. &. (2019). Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Hemiparese melalui Latihan Range of Motion (ROM) Pasif. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 354-363.

Ratna Eka Nur Ainy, Ratna. (2021) Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Hemoragik Dalam Pemenuhan Kebutuhan Fisiologis: Oksigenasi, Diss. Universitas Kusuma Husada Surakarta.

Riskesdas. (2018). Potret Sehat Indonesia. jakarta: *riskesdas*.

Ro'uufatul, Karimah (2020), Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Cerebrovascular Accident Infark Dengan Hambatan Mobilitas Fisik, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan, *Cendekian Medika Jombang*.

Sholeh N, A. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Cerebral Vascular Accident Infark Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri Di RSUD Bangil Pasuruan. *Stikes Icme Jombang*

Sulistiyawati, Sulistiyawati. (2020) Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik Yang Dirawat Di Rumah Sakit, Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur.

Sulistyoningsih, Triyas, Sri Mudayatiningsih, and Wahyu Dini Metrikayanto. (2018) Pengaruh peran perawat sebagai edukator terhadap kecemasan keluarga pasien stroke di unit stroke Rumah Sakit Panti Waluya Malang, *Nursing News: Jurnal Ilmiah Keperawatan 3.1*

Suryono. (2017). Metodologi Penelitian Kesehata. *Mitra Cendikia*.

Sriwidyastuti, Alma. (2020) Studi Literatur: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik, Diss. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

Tamburian, A. G. (2020). Hubungan antara Hipertensi, Diabetes Melitus, dan Hiperkolesterolemia dengan Kejadian Stroke Iskemik. *Indonesia Journal of Public Health and Community Medicine*.

Tarwoto dalam Ns. Asri Kusyani., M.K. (2013) Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan. Jakarta: *Sagung Seto*

Yogie Aswar A. (2020) Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Cva Infark, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

Zebua, I.J. (2021) Manajemen Asuhan Keperawatan Psikososial Dengan Masalah Ketidakberdayaan Pada Penderita Stroke Iskemik.

Lampiran 1

Lembar Informed Consent

Nama saya Otita Pradnya Pramitari. 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 Dengan CVA (*Cerbro Vascular Accident*) Infark Di Ruang Flamboyan Dr. Soedomo Trenggalek**" dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang saudara rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas serta informasi yang klien berikan hanya akan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

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

Tanda tangan :



Tanggal : 17 April 2025

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 yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan CVA (Cerebro Vascular Accident) Infark Di Ruang Flamboyan Dr. Soedomo Trenggalek”** saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menandatangani surat perjanjian ini

Trenggalek, 17 - 09 - 2025


(.....*Adi Riyatna*.....)

Lampiran 2



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

SURAT KETERANGAN

Nomor : 400.7.22.1/ *224* /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 : OTITA PRADNYA PRAMITARI
NIM : P17240223059
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



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDOMO

Jl. Dr. Soetomo No. 02 Telp. (0355) 793110
Email : rsuddrsoedomo_trenggalek@yahoo.co.id
TRENGGALEK 66312

Trenggalek, 22 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 178 /406.010.001/18.00/2025
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Penelitian

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

Menjawab surat Saudara nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/146/2025 tanggal 11 Maret 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : OTITA PRADNYA PRAMITARI
NIM : P17240223059
Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA Infark di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek". Adapun ketentuan yang harus dipenuhi peneliti, sebagai berikut:

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

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
KABUPATEN TRENGGALEK
Kantor Kesehatan dan Pengendalian



Tembusan disampaikan kepada:

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



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

Trenggalek, 11 Maret 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/146/2025

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 : OTITA PRADNYA PRAMITARI

NIM : P17240223059

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

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, 15 Maret s/d 15 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. Flamboyan.

3. Peneliti.

FORMAT

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CVA



DISUSUN OLEH :

NAMA : _____
NIM : _____

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM
KESEHATAN
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

.....
.....

2) Breathing

.....
.....

3) Circulation

.....
.....

4) Disability

Kualitatif

.....

Kuantitatif

.....

b. Pemeriksaan kepala dan leher (Pemeriksaan Pupil):

.....
.....

c. Pemeriksaan integumen :

.....

d. Pemeriksaan dada / thorax :

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

e. Abdoment :

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

f. Genetalia :

.....

12. PEMERIKSAAN FUNGSI MOTORIK

.....

13. PEMERIKSAAN FUNGSI SENSORIK

.....

14. PEMERIKSAAN REFLEK

.....

15. PEMERIKSAAN SARAF KRANIALIS

a. Nervus Olfaktorius

b. Nervus Optik

c. Nervus Okulomotorius

d. Nervus Toklearis

e. Nervus Trigeminus

f. Nervus Abdusen

g. Nervus Fasialis

h. Nervus Auditorius

i. Nervus Glosfaringeus

j. Nervus Vagus

k. Nervus Asesorius

l. Nervus Hipoglosus

16. PEMERIKSAAN PENUNJANG

.....
.....

17. PENATALAKSANAAN (TERAPI / PENGOBATAN)

.....
.....

Trenggalek, ...
Pembimbing

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

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

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

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN SDKI	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

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

IMPLEMENTASI

NAMA :
NO. REG :

UMUR :
RUANG :

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

EVALUASI

NAMA :
NO. REG. :

UMUR :
RUANG :

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan

CATATAN PERKEMBANGAN

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

