

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN CVA (*CEREBRO
VASCULAR ACCIDENT*) ISKEMIK DI RUANG UNIT STROKE
RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

MIFROKHAH HANIFAH WAHYU SEPTA ANANDA

NIM. P17240221028



**KEMETERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI DIPLOMA III
KEPERAWATAN KAMPUS KAB. TRENGGALEK**

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN CVA (*CEREBRO
VASCULAR ACCIDENT*) ISKEMIK DI RUANG UNIT STROKE
RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK**

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

**MIFROKHAH HANIFAH WAHYU SEPTA ANANDA
NIM. P17240221028**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI DIPLOMA III
KEPERAWATAN KAMPUS KAB. TRENGGALEK**

2025

CURICULUM VITAE

Nama : Mifrokhah Hanifah Wahyu S.A
Tempat, tanggal lahir : Trenggalek, 16 September 2003
Agama : Islam
Alamat : RT. 07 RW. 03 Ds. Pucanganak,
Kecamatan Tugu, Kabupaten
Trenggalek



Riwayat Pendidikan :

1. TK BA Aisiyah Pucanganak
2. MIM Pucanganak
3. SMPM 1 Trenggalek
4. SMAN 1 Karanganyar
5. Poltekkes Kemenkes Malang Program Studi D3 Keperawatan Kampus
Kab. Trenggalek

Riwayat Organisasi :

1. Anggota Himpunan Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Trenggalek 2022-
2024
2. Anggota UKM Olahraga Prodi D3 Keperawatan Trenggalek 2022
2024
3. Anggota UKM Fomatik Prodi D3 Keperawatan Trenggalek 2022-2024

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Mifrokhah Hanifah Wahyu S.A

NIM : P17240221028

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek

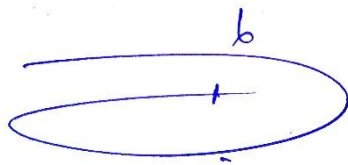
Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

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

Mengetahui

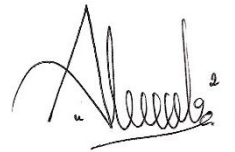
Trenggalek, 23 April 2025

Pembimbing

A blue ink signature consisting of a large, stylized 'A' shape with a horizontal line through the middle and a small vertical tick mark on the right side.

Awan Hariyanto, S.Kep., Ns., M.Kes.
NIP. 919800707201901101

Yang membuat pernyataan

A black ink signature that is highly stylized and cursive, with many loops and flourishes.

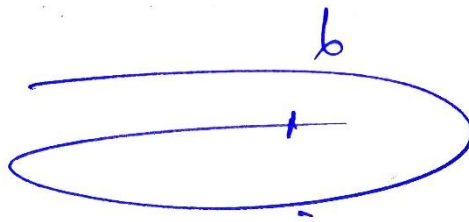
Mifrokhah Hanifah Wahyu S.A
NIM : P17240221028

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Mifrokhah Hanifah Wahyu Septa Ananda (P17240221028) dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek**”, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 23 April 2025

Pembimbing



Awan Hariyanto, S.Kep., Ns., M.Kes.

NIP. 919800707201901101

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Mifrokhah Hanifah Wahyu Septa Ananda (P17240221028) dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”, telah dipertahankan di depan dewan penguji pada 05 Mei 2025

Dewan Penguji

Ketua Penguji



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

Anggota Penguji



Awan Harivanto, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 919800707201901101

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



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

MOTTO

**“Jangan Bandingkan Prosesmu Dengan Orang Lain, Karena Tak Semua
Bunga Tumbuh Dan Mekar Bersamaan”**

فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا, إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا

*Maka, sesungguhnya beserta kesulitan ada kemudahan. Sesungguhnya beserta
kesulitan ada kemudahan.*

(Q.S Al-Insyirah, 5-6)

"Only you can change your life. Nobody else can do it for you"

Orang lain ga akan bisa paham struggle dan masa sulitnya kita, yang mereka ingin tahu hanya bagian succes storiesnya. Berjuanglah untuk diri sendiri walaupun ga ada yang tepuk tangan, kelak diri kita di masa depan akan sangat bangga dengan apa yang kita perjuangkan hari ini.

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim...

Alhamdulillah, tiada kata yang lebih indah kecuali rasa syukur atas segala rahmat Mu ya Allah, Tuhan Yang Maha Agung dan Maha Tinggi. Atas takdirmu saya bisa menjadi pribadi yang berpikir dan berilmu untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan segala kekurangan. Terimakasih, sudah menghadirkan orang-orang yang selalu mendukung dan memberikan semangat untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik. Semoga keberhasilan Karya Tulis Ilmiah ini menjadi satu langkah awal untuk masa depan dan impianku nanti.

Dengan ini saya persembahkan karya kecil untuk

Untuk Bapak dan Ibu

Apa yang aku dapatkan saat ini tidak mampu membayar semua kebaikan, keringat, kasih sayang, bahkan air mata yang kalian berikan untukku. Terimakasih untuk do'a yang senantiasa selalu kau panjatkan untukku. Terimakasih, semoga semua perjuanganmu untukku dapat terbayar melalui anak-anakmu, dan semoga ini menjadi langkah awal untuk membahagiakan kedua orang tuaku serta langkah menuju masa depanku yang cerah, sukses dan lebih baik.

Untuk Keluarga Besarku

Teruntuk Keluarga besarku terutama bude, pakde dan kakak-kakakku yang selalu mendukungku, menyemangatiku, selalu ada disaat aku berada dalam keadaan apapun, dan yang selalu menunggu dan membantuku untuk meraih kesuksesanku, terimakasih banyak,

semoga ini menjadi langkah awal untuk menjawab semua harapan dan do'a kalian untuk kesuksesanku.

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

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

Untuk Sahabat-Sahabatku

Teruntuk teman-temanku Ajeng, Putri, Safira, Tiara, Dhimas, terimakasih sudah membantu saya dalam keadaan senang maupun susah, mendengar keluh kesahku, memberiku semangat, dan selalu mendukungku semoga kalian sehat selalu dan sukses kedepannya, tak lupa terimakasih kepada teman-teman seangkatanku, serta orang-orang baik yang di balik layar telah mendukung aku sejauh ini sehat selalu, Aamiin...

Untuk Diriku Sendiri

Terakhir karya tulis ini ku persembahkan untuk diriku Mifrokhah hanifah, terima kasih sudah selalu kuat dan semangat dalam menjalani hari-hari. Terima kasih sudah selalu berusaha menjadi yang terbaik meski kadang yang menjadi terbaik belum tentu baik buat dirimu. Terima kasih sudah berusaha menjadi manusia, anak, kakak, adik dan

teman yang baik bagi orang disekelilingmu, mari kuatkan lagi bahu dan kencangkan lagi sepatu mu agar mampu berlari lebih kencang lagi.

Sekali lagi Terima kasih Mifrokhah kamu terbaik.

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 (Cerebro Vascular Accident) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**. Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.

Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak akan selesai tanpa bantuan dan masukan dari berbagai pihak. Karena itu pada kesempatan ini kami ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen., M.Pd selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggara pendidikan.
3. Dr. H. Mokh. Rofiq Hindiyono, M.M.R.S. Plt, selaku direktur yang telah memberikan izin serta tempat untuk melakukan penelitian di RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
4. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Kaprodi D3 Keperawatan Trenggalek yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di

Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.

5. Zuliana, S.Kep.Ners, selaku Kepala Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang telah memberikan izin tempat penelitian.
6. Awan Hariyanto, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, revisi dan saran kepada penulis dalam menyempurnakan isi dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Ns. Dewi Wulandari S.Kep., M.Kep. selaku penguji yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Dosen dan Staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ini.
9. Ny. S dan keluarga yang sudah bersedia menjadi responden yang memberikan bantuan dan izin dalam melakukan penelitian Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, maka dengan segala kerendahan hati saran dan kritik yang konstruktif sangat peneliti harapkan demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya peneliti berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi peneliti khususnya dan masyarakat pada umumnya.

Trenggalek, 23 April 2025

Penulis

ABSTRAK

Mifrokhah Hanifah Wahyu S.A (2025) *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan CVA Iskemik Diruang Unit Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing: Awan Hariyanto, S.Kep., Ns., M.Kes

CVA Iskemik dapat menimbulkan komplikasi serius jika tidak ditangani utamanya bila melebihi periode emas yang dapat mengakibatkan kecacatan, kelemahan, bahkan kematian. Proses pemulihan bagi pasien dengan CVA Iskemik memerlukan waktu yang cukup lama, sehingga memerlukan perawatan yang intensif dan berkelanjutan. Asuhan Keperawatan adalah rangkaian kegiatan praktik keperawatan yang dilakukan secara langsung kepada klien yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi, dan evaluasi. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Desain atau rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah satu klien yang mengalami CVA Iskemik dengan kesadaran composmentis tanpa komplikasi penyakit. Analisa data dilakukan dengan membandingkan kesenjangan antara teori dan fakta. Berdasarkan hasil penelitian, terdapat kesenjangan antara teori dan fakta yang diperoleh. Dari pengkajian, teridentifikasi adanya kesenjangan dalam pemeriksaan berbagai aspek, seperti pola interaksi dan komunikasi, pemeriksaan wajah mata dan mulut, dada/thorax, genitalia, pola eliminasi, serta pola makan. Terdapat dua diagnosa keperawatan yang muncul, yaitu risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif yang berhubungan dengan iskemik serebral, dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Intervensi yang dirancang disusun dan disesuaikan berdasarkan teori dari literatur yang ada, serta pelaksanaannya dilakukan sesuai dengan kebutuhan kondisi klien. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien yang mengalami CVA Iskemik membutuhkan proses pemulihan yang memakan waktu cukup lama. Oleh karena itu, diperlukan perawatan yang intensif dan berkelanjutan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, CVA Iskemik, Klien.

ABSTRACT

Mifrokhah Hanifah Wahyu S.A (2025). *Nursing Care for Patients with Ischemic Stroke in the Stroke Unit of Dr. Soedomo Regional Public Hospital, Trenggalek*. A Case Study Scientific Paper, Diploma III Nursing Study Program, Trenggalek Campus, Department of Nursing, Health Polytechnic of the Ministry of Health Malang. Advisor: Awan Hariyanto, S.Kep., Ns., M.Kes.

Ischemic Cerebrovascular Accident (CVA) can lead to serious complications if not treated promptly, particularly when it exceeds the golden period, potentially resulting in disability, weakness, or even death. The recovery process for patients with ischemic stroke requires a considerable amount of time, necessitating intensive and continuous care. Nursing care is a series of nursing practice activities carried out directly with clients, consisting of assessment, nursing diagnosis, care planning, implementation, and evaluation. The objective of this study is to identify nursing care provided to patients with ischemic cerebrovascular accident (CVA) in the Stroke Unit of Dr. Soedomo Regional Public Hospital, Trenggalek. This study employed a qualitative descriptive design with a case study approach. The participant in this study was one client diagnosed with ischemic CVA who was compos mentis and had no complications. Data analysis was conducted by comparing the gap between theoretical concepts and clinical findings. The study revealed discrepancies between theoretical frameworks and actual clinical findings. The assessment phase identified gaps in the examination of several aspects, including patterns of interaction and communication, facial (eye and mouth) assessment, thoracic examination, genitalia, elimination patterns, and dietary patterns. Two nursing diagnoses were identified: the risk of ineffective cerebral tissue perfusion related to cerebral ischemia, and impaired physical mobility related to decreased muscle strength. Nursing interventions were designed based on literature and adjusted to meet the specific needs of the client. The findings indicate that patients with ischemic CVA require a prolonged recovery period. Therefore, intensive and continuous nursing care is essential to support the healing process.

Keywords: Nursing Care, Ischemic CVA, Client.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
CURICULUM VITAE	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	x
ABSTRAK	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR.....	xix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xx
DAFTAR SINGKATAN.....	xxi
DAFTAR ISTILAH	xxii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah.....	6
1.3 Rumusan Masalah	6
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum.....	6
1.4.2 Tujuan Khusus.....	6
1.5 Manfaat.....	7
1.5.1 Manfaat Teoritis	7
1.5.2 Manfaat Praktis.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep CVA.....	9
2.1.1 Definisi CVA	9

2.1.2 Klasifikasi	10
2.1.3 Etiologi.....	12
2.1.4 Faktor Resiko	13
2.1.5 Manifestasi Klinis	15
2.1.6 Patofisiologi (skema, uraian).....	19
2.1.7 Komplikasi.....	21
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	23
2.1.9 Penatalaksanaan	24
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan CVA (Cerebro Vascular Accident) Iskemik	28
2.2.1 Pengkajian.....	28
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	40
2.2.3 Intervensi Keperawatan	44
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	55
2.2.5 Evaluasi.....	56
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	58
3.1 Rancangan Penelitian	58
3.2 Batasan Istilah.....	59
3.3 Partisipan.....	60
3.4 Lokasi dan Waktu	60
3.4.1 Lokasi.....	60
3.4.2 Waktu.....	60
3.5 Pengumpulan Data	61
3.5.1 Bahan/Instrumen dan Metode Pengumpulan Data	61
3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data.....	61
3.6 Uji Keabsahan Data	63
3.6.1 Kepercayaan (Creadibility).....	63
3.6.2 Keteralihan (Transferbility)	64
3.6.3 Ketergantungan (<i>Dependability</i>).....	64
3.6.4 Kepastian (Confirmability)	64

3.7 Analisa Data	65
3.8 Etika	65
3.8.1 <i>Informed Consent</i> (Lembar Persetujuan Menjadi Responded).....	66
3.8.2 <i>Anonimity</i> (Tanpa Nama)	66
3.8.3 Confidentiality (Kerahasiaan)	66
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	67
4.1 Hasil.....	67
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	67
4.1.2 Pengkajian.....	68
4.1.2 Analisa Data	81
4.1.3 Diagnosa Keperawatan.....	82
4.1.4 Perencanaan.....	85
4.1.5 Pelaksanaan	85
4.1.6 Evaluasi	87
4.1.7 Catatan Perkembangan	89
4.1.8 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan	94
4.2 Pembahasan	110
4.2. 1 Pengkajian.....	110
4.2.2 Diagnosa keperawatan.....	115
4.2.3 Intervensi keperawatan	116
4.2.4 Implementasi Keperawatan	117
4.2.5 Evaluasi	117
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	119
5.1 Kesimpulan	119
5.1.1 Pengkajian	119
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	119
5.1.3 Intervensi	120
5.1.4 Implementasi	120
5.1.5 Evaluasi	121

5.2 Saran	121
5.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit.....	121
5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan.....	121
5.2.3 Bagi Penulis.....	122
5.2.4 Bagi Klien	122
DAFTAR PUSTAKA.....	123

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tingkat Kesadaran Berdasarkan Kualitatif	18
Tabel 2.2 Tingkat Kekuatan Otot	18
Tabel 4.1 Identitas Klien	68
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	68
Tabel 4.3 Perubahan Pola Kesehatan	71
Tabel 4.4 pola kognisi dan persepsi sensori	73
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik	74
Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Laboratorium	79
Tabel 4.7 Penatalaksanaan Terapi	80
Tabel 4.8 Analisa Data	81
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan	82
Tabel 4.10 Perencanaan	84
Tabel 4.11 Pelaksanaan	85
Tabel 4.12 Evaluasi	87
Tabel 4.13 Catatan Perkembangan	89
Tabel 4.14 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan	94

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.6 Patofisiologi	19
----------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Inform Consent	125
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	126
Lampiran 3 Surat Perizinan Penelitian Kampus	127
Lampiran 4 Surat Perizinan Penelitian RSUD	128
Lampiran 5 Format Asuhan Keperawatan	129
Lampiran 6 Lembar Konsultasi	151

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: Activity Daily Living
AGD	: Analis Gas Darah
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
CI	: Clinical Instructure
CVA	: Cerebro Vascular Accident
DM	: Diabetes Melitus
EEG	: Elektro Encephalographi
EKG	: Elektro Kardiografi
EMG	: Elektro Miografi
GCS	: Glasgow Coma Scale
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
MRI	: Magnetig Reconance Imaging
MRS	: Masuk Rumah Sakit
NGT	: Nasogatric Tube
ROM	: Range of Motion
TIA	: Transient Ischemic Attack
TIK	: Tekanan Intrakranial
TTV	: Tanda tanda Vital
WHO	: World Health Organization

DAFTAR ISTILAH

A

- Afasia : Kesulitan dalam bicara
- Aneurisma : Suatu area yang membengkak dan lemah didalam arteri
- Anterosclerosis : Menumpuknya lemak, kolesterol, dan zat lain di dalam dan di dinding arteri.
- Antikoagulan : Obat yag 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
- Aspirin : Obat turunan dari salisilat yang sering digunakan sebagai analgesik, antipiretik, dan anti-inflamasi.
- Atropi : Kondisi ketika jaringan otot berkurang sehingga tampak lebih kecil dari biasanya

D

- Diastolik : Tekanan darah pada saat jantung relaksasi
- Diplopia : Melihat dua bayangan dari satu objek, juga dikenal sebagai penglihatan ganda

Disfagia : Kesulitan menelan makanan atau cairan yang timbul dari tenggorokan atau kerongkongan, mulai dari kesulitan ringan untuk menyelesaikan dan penyumbatan dengan rasa Sakit

E

Emboli : Kondisi ketika pembuluh darah tersumbat oleh zat asing

F

Farmakologi : Ilmu yang mempelajari pengetahuan obat dengan seluruh aspeknya, baik sifat kimiawi maupun fisiknya, kegiatan fisiologi, resorpsi, dan nasibnya dalam organisme hidup.

Fisioterapi : Tindakan rehabilitasi untuk memulihkan keterbatasan fisik akibat cedera atau penyakit

H

Hemiparesis : Otot lemah atau kelumpuhan parsial pada satu sisi tubuh yang dapat mempengaruhi lengan, kaki, dan otot wajah

Hipertensi : Suatu kondisi ketika tekanan darah terhadap dinding arteri terlalu tinggi

Hipoksia : Tidak adanya cukup oksigen dalam jaringan untuk mempertahankan fungsi tubuh

I

Intraserebral : Pendarahan spontan yang bukan disebabkan oleh trauma, yang darahnya masuk parenkim otak

membentuk hematoma

K

Kolesterol : Metabolit yang mengandung lemak sterol yang ditemukan pada membran sel dan disirkulasikan dalam plasma darah

M

Malformasi : Proses kelainan yang disebabkan oleh kegagalan atau ketidaksempurnaan dari satu atau lebih proses embriogenesis

Mobilisasi : Kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat

N

Neuromicturition : Kontrol saraf berkemih

P

Polisitemia : Kelainan pada darah yang menyebabkan tubuh memproduksi terlalu banyak sel darah merah

R

Range of Motion : Latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan pergerakan sendi secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot

S

Sistolik : Tekanan darah pada saat jantung memompa darah atau saat berkontraksi

Spastisitas	: Hilangnya gerakan otot normal karena tonus otot terganggu akibat CVA (Cerebro Vascular Accident)
Stroke / CVA	: Suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian pada otak tiba-tiba menjadi terganggu
Stroke Hemoragic	: Terjadi ketika pembuluh darah lemah pecah dan berdarah ke dalam otak
Stroke Iskemik	: Terjadi ketika aliran darah ke otak tersumbat oleh bekuandarah

T

TIA	: Serangan yang terjadi saat pasokan darah ke otak mengalami gangguan sesaat
TIK	: Jumlah total dari tekanan yang diberikan oleh otak, darah, dan cairan, cerebrospinal didalam ruang kranium yangkaku
Thrombosis	: Penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkanterjadinya iskemik
Trombus	: Gumpalan darah yang terbentuk pada dinding pembuluh Darah

U

Ulkus dekubitus	: Cedera pada kulit dan jaringan di bawahnya akibat tekanan yang berkepanjangan pada kulit.
Urinasi	: Berkemih, kencing, atau pipis, adalah proses pengeluaran urine dari kandung kemih melalui uretra ke luar tubuh.

BAB 1

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 (Kementerian Kesehatan RI, 2019). CVA (*Cerebro Vascular Accident*) adalah kerusakan pada otak yang muncul mendadak dan dapat menyebabkan menurunnya atau kehilangan fungsi, jika dikendalikan oleh jaringan yang kekurangan suplai darah (Kusuma, 2022). Menurut WHO, stroke adalah kondisi yang ditandai oleh perkembangan cepat tanda-tanda klinis, berupa defisit neurologis yang dapat bersifat fokus maupun menyeluruh. Gejala ini bisa semakin parah dan bertahan selama 24 jam atau lebih, yang pada akhirnya dapat berujung pada kematian. (Kemenkes, 2018). Stroke bersifat mendadak, sehingga perlu diperhatikan sejak dini terutama mengenai tanda dan gejala yang menjadi kunci utama dalam penanganan stroke. Keterlambatan penanganan salah satunya disebabkan karena menyepelekan tanda dan gejala dini stroke yang muncul, sehingga menyebabkan keterlambatan pada fase awal yaitu pra hospital (Antara, 2017). Stroke terbagi atas dua jenis yaitu stroke hemoragik (perdarahan) dan stroke non hemoragik atau iskemik (sumbatan) (Haiga, 2022). CVA (*Cerebro Vascular Accident*) iskemik merupakan suatu keadaan ketika aliran darah terhambat pada bagian otak yang biasanya timbul setelah beraktivitas fisik atau karena ada pengaruh psikologis disebabkan oleh thrombus maupun pada emboli bagian pembuluh darah di otak. Golden period stroke adalah waktu yang sangat

berharga bagi Pasien. Golden period sangat efektif untuk melakukan tujuan utama penanganan stroke iskemik yaitu menyelamatkan jaringan otak yang menderita kekurangan pasokan nutrisi dan oksigen. Obat stroke tepat di berikan saat golden period, karena obat stroke bekerja sebagai penghancur sumbatan (trombolisis). Faktor yang mempengaruhi keterlambatan golden period Pasien stroke yang terdapat dalam Pizon (2010) adalah tingkat pengetahuan, pendidikan, persepsi, transportasi, ekonomi. Pentingnya pengetahuan tentang golden period dapat menekankan angka kematian dan kecacatan pada penderita. Serta mengetahui tingkat derajat kerusakan neurologis pada Pasien stroke iskemik, dan pencegahan stroke dapat dihindari dengan melakukan pengobatan dengan benar saat masih dalam golden period (Listari, 2021).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa, pada tahun 2018 sebanyak 20,5 juta jiwa di dunia mengalami stroke iskemik, sementara penyakit hipertensi menyumbangkan 17,5 juta kasus dari jumlah stroke di dunia. Berdasarkan prevalensi stroke, di Indonesia setiap tahunnya terjadi 567.000 penduduk terkena stroke, dan sekitar 25% orang meninggal dan sisanya mengalami kecacatan. Sebesar 14,5% angka kejadian stroke meningkat dengan tajam di Indonesia, bahkan saat ini, Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia (Artikasari & Septiana, 2019) Menurut WHO 2018 Indonesia menduduki peringkat pertama sebagai negara dengan penduduk terbanyak yang mengalami stroke di seluruh Asia. Prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar (10,9%) atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang

(Dewi, 2022). Sedangkan di Provinsi Jawa Timur angka penderita mencapai 36,32% dengan angka kematian 1 per 20 dari pada tingkat rehabilitasi maupun kesembuhannya, jika ditinjau dari gejalanya ada sekitar 10,5% dari 302.987 penduduk di Indonesia, serta 39,4% mengalami kecacatan permanen dan 38,7% dapat disembuhkan secara berkala (So'emah & Eka, 2023). Menurut data dari RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2022 sebanyak 219 penderita *CVA Hemorrhagic* dan 775 penderita *CVA Iskemik*. Pada tahun 2023 mulai bulan Januari -Februari jumlah kasus *CVA Iskemik* di ruang Unit Stroke sebanyak 125 kasus. Di tahun 2025 mulai bulan februari hingga april kasus *CVA* di ruang Unit Stroke sebanyak 181 kasus penderita stroke.

Stroke terbagi menjadi dua jenis yaitu Stroke Hemoragik disebabkan karena pecah pembuluh darah otak dan Stroke non hemoragik/iskemik karena adanya sumbatan pada pembuluh darah otak (Fatkurohmah, 2021). Stroke Iskemik terjadi karena terganggunya aliran darah menuju otak akibat adanya Aterosklerosis, yaitu proses pengerasan atau kekakuan pembuluh darah yang biasanya disebabkan oleh Hipertensi, Diabetes Mellitus, serta tingginya kadar kolesterol dalam darah. Pada Stroke Hemorrhagic terjadi akibat pecahnya pembuluh darah, sehingga menyebabkan terganggunya aliran darah di otak. Darah yang keluar dan pecah akan merembes ke jaringan otak dan merusaknya (rsudza, 2018). Stroke menunjukkan tanda dan gejala hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal yang berkembang cepat. Gejala-gejala ini berlangsung lebih dari 24 jam dan menyebabkan kecacatan fisik, mental serta kematian baik pada usia produktif maupun usia lanjut (Witriastuti, 2023). Permasalahan pada penderita stroke yang paling dirasakan yaitu, hemiparesis (kelemahan otot pada

salah satu sisi bagian tubuh) kelemahan ini bisa menimbulkan ketidakseimbangan dan kesulitan berjalan karena gangguan kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak (Andriastuti, 2020). Dampak lain dari penyakit ini diantaranya adalah kehilangan fungsi motorik, kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif, dan efek psikologi dan disfungsi kemih. Defisit kemampuan jangka panjang yang paling umum terjadi karena CVA (Cerebro Vascular Accident) adalah hemiparase atau hemiplegi, yang akhirnya akan mengakibatkan Pasien mengalami komplikasi. Komplikasi yang dapat terjadi pada Pasien CVA (Cerebro Vascular Accident) diantaranya adalah pembuluh trombus yang dapat mengakibatkan *Deep Vein Thrombosis (DVT)*: atrofi otot, jatuh, penurunan fleksibilitas sendi yang dapat mengakibatkan terjadinya kontraktur dan nyeri sendi. Komplikasi tersebut tidak hanya membatasi Pasien untuk mandiri dalam melakukan *Activity Daily Lives (ADL)*, namun juga meningkatkan ketergantungan Pasien pada keluarga dan memiliki dampak ekonomi (Anggraheni, 2020).

Masalah utamanya adalah hemiparesis, yang dapat dibalik, misalnya jika otak kanan terkena, hemiparesis terjadi pada tubuh kiri, dan sebaliknya jika otak kiri terpengaruh. kemudian terjadi hemiparesis pada tubuh bagian kanan. Selain pengobatan, rencana pengobatan untuk Pasien stroke iskemik meliputi latihan rentang gerak (ROM), latihan koordinasi, dan latihan penguatan. *ROM* merupakan latihan yang digunakan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Andriastuti, 2020). Penanganan stroke pada fase pre hospital yaitu menggunakan konsep Time is

Brain yang berarti stroke merupakan keadaan gawat darurat sehingga harus dihindari terjadinya keterlambatan penanganan pada fase ini dengan memberikan pengenalan keluhan dan gejala stroke bagi Pasien dan orang terdekat (Rosmary, 2020). Salah satu cara pengenalan yang mudah digunakan adalah metode *FAST* (face, Arm, Speech, Time). Metode tersebut, digunakan untuk mengetahui adanya gejala gangguan pada otot wajah, kelemahan anggota gerak, adanya gangguan bicara, serta segera menghubungi pusat layanan gawat darurat untuk transportasi ke sarana kesehatan (dr. Agus Antara, 2017). Perawatan stroke di rumah sakit (hospital) harus ditangani segera oleh tim medis. Penatalaksanaan pada Pasien stroke di rumah sakit terbagi dalam 2 fase, yaitu fase hiperakut yaitu fase segera, setelah Pasien terserang stroke, penolong harus mempertahankan jalan nafas Pasien agar tetap lancar. Fase selanjutnya yaitu fase akut, yaitu Pasien dirawat di ruang Unit Stroke yang ditangani oleh Tim Stroke yang terdiri dari Dokter Spesialis Saraf, Perawat mahir stroke, Fisioterapis, Terapis Wicara, Ahli Gizi, serta Psikologi. Sedangkan Pasien stroke yang mengalami gangguan pernafasan berat, harus secepatnya di rawat di ruang rawat intensif (Latif & Azzahra, 2021). Penanganan Pasien Pasca Stroke yaitu perencanaan pulang atau *discharge planning* yakni saat Pasien sudah melampaui fase akut, tentunya padapasca stroke ini Pasien membutuhkan penanganan yang komprehensif, termasuk upaya pemulihan dan rehabilitasi dalam jangka lama. Keluarga sangat berperan penting dalam fase pemulihan ini sehingga sejak awal perawatan, keluarga diharapkan terlibat dengan penanganan Pasien (Feriani, 2019). Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul

“Asuhan keperawatan pada Pasien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah adalah ruang lingkup masalah atau upaya membatasi ruang lingkup masalah yang terlalu luas sehingga penelitian lebih fokus dilakukan. Masalah pada studi kasus ini dibatasi pada :

“Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik bersedia menjadi responden, pasien tanpa komplikasi penyakit dengan tingkat kesadaran Pasien composmentis dan mendapatkan perawatan minimal 3 hari di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan Asuhan Keperawatan dan menganalisa antara fakta dan teori pada Pasien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1 Melakukan Pengkajian pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

- 2 Merumuskan Diagnosa pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 3 Menyusun Tindakan (Intervensi) pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 4 Melaksanakan Tindakan (Implementasi) pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 5 Melakukan Evaluasi pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 6 Menganalisa antara Teori dan Fakta Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini bisa digunakan sebagai bahan referensi dalam mengembangkan ilmu dan pengetahuan keperawatan yang berhubungan dengan Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Penulis

Bagi Penulis diharapkan penelitian ini bisa digunakan sebagai menambah pengetahuan, menambah wawasan serta prosedur dalam Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik.

2) Bagi Institusi Pendidikan

Bagi Institusi Pendidikan diharapkan penelitian ini bisa digunakan sebagai bahan Informasi, referensi kegiatan proses belajar maupun bahan ajar perpustakaan dalam Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Iskemik* bisa juga digunakan sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan tentang Keperawatan CVA (*Cerebro Veskuler Accident*) *Iskemik*.

3) Bagi Perawat

Dari hasil penelitian ini bisa digunakan sebagai bahan masukan, peningkatan kualitas, peningkatan kualitas pelayanan praktek dalam Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Iskemik*. Serta bisa juga digunakan sebagai strategi pelaksanaan perawat pada Pasien CVA.

4) Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini bisa digunakan sebagai bahan pengembangan, pembelajaran, panduan, informasi dan keterampilan personal dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Iskemik*.

5) Bagi Pasien

Bagi Pasien diharapkan dengan adanya Asuhan Keperawatan CVA ini dapat memberikan sebuah pengetahuan dan informasi dalam merawat Pasien dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Iskemik*. Dan juga diharapkan Pasien bisa termotivasi dengan informasi serta terapi yang didapatkan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep CVA

2.1.1 Definisi CVA

Cerebro Vascular Accident (CVA) atau Stroke sering disebut juga sebagai abnormalitas pada pembuluh darah di otak adalah kondisi di mana terjadinya penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah yang disebabkan oleh kurangnya atau terhentinya penyaluran darah ke otak sehingga mengakibatkan penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah dan sel-sel pada beberapa bagian otak yang mengalami kelumpuhan. (Valentine, 2023)

Stroke Menurut *World Health Organization (WHO)* adalah adanya tanda tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vascular (Amelia, 2019)

Cerebro Vascular Accident (CVA) atau biasa disebut dengan Stroke merupakan suatu kondisi kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak. Suatu sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif dan cepat, berupa deficit neurologis fokal atau global yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menimbulkan kematian (Kusuma, 2021).

Stroke adalah kumpulan gejala klinis berupa gangguan dalam sirkulasi darah kebagian otak yang menyebabkan gangguan perfusi baik lokal atau global yang terjadi secara mendadak, progresif dan cepat yang

umumnya menyebabkan hemiparalisis pada penderita stroke (susantri, 2020)

CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Iskemik* merupakan suatu keadaan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak yang umumnya terjadi serangan saat atau setelah bangun tidur. (Hariyanto.A,2015). CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Iskemik* merupakan kondisi kekurangan suplai darah ke otak yang disebabkan adanya thrombus atau emboli.

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

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi Stroke menurut (Hariyanto & sulistyowati, asuhan keperawatan cerebro vaskuler accident(CVA), 2015) dibagi menjadi 2 yaitu :

1. Stroke ditinjau berdasarkan patologi dan gejala klinik

a) Stroke *Hemoragic*

Pecahnya pembuluh darah otak pada subarakhnoid dan intraserebral, yang pada umumnya serangan lebih banyak terjadi ketika aktivitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi pada saat istirahat dan biasanya disertai dengan kesadaran Pasien yang menurun.

b) Stroke *Iskemik*

Stroke yang dapat disebabkan obstruksi total atau sebagian karena *iskemik*, *trombosis*, *emboli* atau penyempitan lumen arteri.

- Pada stroke iskemik terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak menurun. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau baru bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan, tetapi timbul edema sekunder.
- Trombosis : penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya *iskemik*.
- *Emboli* : emboli yang dapat berasal dari udara, tumor, lemak, dan bakteri yang ada pada saluran darah sehingga menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah otak.
- Penyempitan lumen arteri: bisa terjadi karena infeksi, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2. Stroke berdasarkan perjalanan penyakit

a) *TIA (Transien Iskemic Attack)*

Serangan sepiintas mendadak yang menyebabkan gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam dan gejalanya hilang dengan spontan kurang dari 24 jam.

b) Stroke Involusi

Kondisi stroke yang terjadi dalam perkembangannya mulai

dari ringan lama-kelamaan memburuk yang prosesnya berjalan dalam beberapa jam sampai beberapa hari.

c) Stroke Komplet

Kondisi stroke yang terjadi karena gangguan neurologi yang sudah menetap dan permanen. Pada umumnya diawali karena *Transien Iskemik Attack* yang berulang.

2.1.3 Etiologi

Etiologi berdasarkan klasifikasi stroke ada 2 yaitu :

1) Etiologi Stroke Hemoragik

Etiologi dari stroke Hemoragik meliputi Hipertensi berat dan Pecahnya aneurisma pembuluh darah otak (Hariyanto & Sulistyowati, Asuhan keperawatan Cerebro Vaskuler Accident (CVA), 2015)

2) Etiologi Stroke Iskemik

Etiologi dari stroke iskemik atau stroke non hemoragik ada 3 yaitu timbulnya Thrombosis, Timbulnya Emboli dan akibat kerusakan arteri.

Penjelasan etiologi tersebut yaitu sebagai berikut :

a. Timbulnya Thrombosis

Thrombosis merupakan pembentukan plak pada pembuluh darah yang disebabkan karena tingginya kadar lemak dalam darah.

b. Timbulnya Emboli

Emboli merupakan plak yang lepas dari pelekatan dinding pembuluh darah mengalir mengikuti aliran darah. Emboli dapat menyebabkan sumbatan di pembuluh darah yang menyebabkan hambatan aliran darah.

- c. Akibat kerusakan arteri yaitu : Usia, Hipertensi, DM Pembuluh darah mengalami degeratif seiring bertambahnya usia seseorang. Hipertensi dan DM menyebabkan dinding pembuluh darah mengalami pengerasan sehingga tidak elastis lagi ketika harus berkompensasi terhadap perubahan tekanan darah.

2.1.4 Faktor Resiko

Faktor resiko dari CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Iskemik* Menurut Auryn, Virzara (2020) ada factor resiko mayor dan factor resiko minor. Faktor risiko mayor (Faktor dominan) biasanya merupakan penyakit dan gangguan lain yang memang sudah bersarang di tubuh penderita CVA. Factor minor tersebut meliputi :

- 1) Hipertensi (Tekanan darah tinggi)
- 2) Penyakit jantung
- 3) Sudah ada manifestasi *aterosklerosis* secara klinis (gejala-gejala pengerasan pembuluh darah), gangguan pembuluh darah koroner, gangguan pembuluh darah karotis, klaudikasio intermiten (nyeri yang hilang timbul), denyut nadi perifer tidak ada, dan lain-lain.
- 4) Diabetes melitus (kencing manis)
- 5) Polisitemia (banyak sel-sel darah)
- 6) Pernah terserang CVA (*Cerebro Vascular Accident*).
- 7) *Hiperlipidemia* (peningkatan kadar lipid dalam darah).
- 8) Tingginya sel darah merah
- 9) Gangguan pembuluh darah

10) Penyakit pada katup jantung atau otot jantung yang disebut *endocarditis*

11) Mengerasnya pembuluh arteri (*aterosklerosis*, atau penumpukan kolesterol pada dinding arteri)

12) Ketidaknormalan irama jantung seperti atrial *fibrillation*

Beberapa faktor penyebab stroke menurut Nurarif dan Kusuma (2015)

1) Faktor yang tidak dapat dirubah (*Non Reversible*)

a) Jenis kelamin : Pria lebih sering ditemukan menderita stroke dibandingkan wanita.

b) Usia : makin tinggi usia makin tinggi pula resiko terkena stroke karena berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah.

c) Keturunan : adanya riwayat keluarga yang terkena stroke.

2) Faktor yang dapat dirubah (*Reversible*)

a. Hipertensi

b. Penyakit jantung

c. Kolesterol tinggi

d. Obesitas

e. Diabetes Melitus

f. Polisitemia

g. Stress emosional

3) Kebiasaan hidup

a. Merokok

b. Peminum alcohol

c. Obat-obatan terlarang

Aktivitas yang tidak sehat : kurang olahraga, makanan yang berkolesterol

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut (Pratiwi, 2022) manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Berikut gejala klinis pada stroke:

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparise) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan ini terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal yang bersifat kontralateral, artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka terjadi kelumpuhan otot sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot vulenter dan sensorik sehingga tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.
2. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.
Gangguan ini terjadi akibat adanya kerusakan pada system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.
3. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolic otak akibat hipoksia.
4. *Afasia* (kesulitan dalam bicara)
Afasia terjadi jika ada kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri. Afasia terbagi menjadi 3, yaitu:

a) *Afasia Motorik atau ekspresif*

Afasia ini terjadi karena kerusakan pada area *Broca* yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini Pasien dapat memahami lawan bicara tetapi tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara.

b) *Afasia Sensorik*

Afasia ini terjadi karena kerusakan area *Wernicke*, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia jenis ini Pasien tidak dapat menerima stimulasi pendengaran, tetapi Pasien mampu mengungkapkan pembicaraan, sehingga respon bicara tidak nyambung (koheren).

c) *Afasia Global*

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

5. *Disatria* (bicara cedal atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Tetapi Pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca.

6. Gangguan penglihatan, *diplopia*

Pasien dapat kehilangan penglihatan, pandangan menjadi ganda dan juga gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena adanya kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang

dapat menghambat serat saraf optic pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena adanya kerusakan pada saraf cranial III,IV dan VI.

7. Disfagia

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

8. *Inkontinensia*

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

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

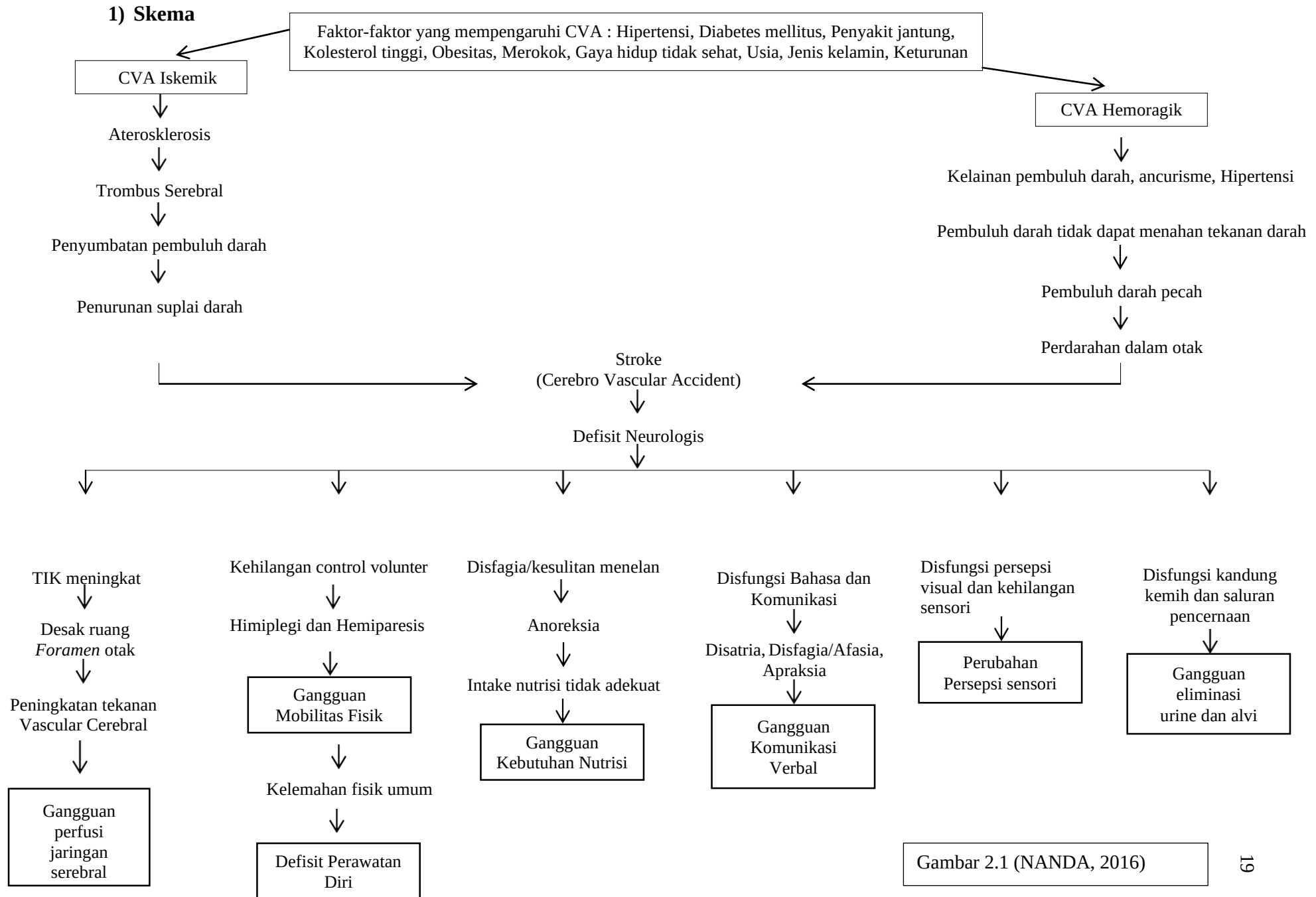
Tabel 2.1 Tingkat Kesadaran Berdasarkan Kualitatif

Compos Mentis	Keadaan Pasien dalam sadar
<i>Apatis</i>	Keadaan Pasien yang segan terhadap lingkungan, acuh tak acuh.
<i>Letargi</i>	Keadaan sadar tapi lesu dan mengantuk
<i>Delirium</i>	Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotor gelisah.
<i>Somnolen</i>	Keadaan Pasien dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri tetapi kembali tidur.
<i>Sopor</i>	Keadaan mirip koma, tidak dapat dibangunkan kecuali dengan rangsangan nyeri.
<i>Koma</i>	Keadaan kesadaran yang hilang dengan rangsangan apapun tidak akan timbul.

Tabel 2.2 Tingkat Kekuatan Otot

Skala	Ciri-Ciri
0	Otot sama sekali tidak mampu bergerak, berkontraksipun tidak, bila dilepaskan lengan dan tungkai akan jatuh, 100% pasif.
1	Tampak kontraksi atau ada sedikit gerakan dan ada tahanan sewaktu jatuh
2	Mampu menahan <i>gravitasi</i> saja, tapi dengan sentuhan akan jatuh
3	Dapat menahan tegak, tetapi tidak mampu melawan tekanan/dorongan dari pemeriksa
4	Gerakan normal penuh, menantang gravitasi dengan sedikit pertahanan (kekuatan kurang)
5	Kekuatan otot penuh

2.1.6 Patofisiologi (skema, uraian)



b. Uraian

Faktor yang mempengaruhi terjadinya CVA (Cerebro Vascular Accident) yaitu Hipertensi, Diabetes mellitus, Penyakit jantung, , Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan. CVA ada dua jenis yaitu CVA iskemik dan CVA Hemoragic Faktor terjadinya CVA iskemik yaitu penumpukan lemak, kolesterol di dinding pembuluh darah (aterosklerosis) yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah), Faktor terjadinya CVA hemoragik yaitu kelainan pembuluh darah, aneurisme, hipertensi yang dapat mengakibatkan pembuluhdarah tidak bisa menahan tekanan darah sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah yang berakibat terjadinya perdarahan dan Aliran darah ke otak menurun yang mengakibatkan sel-sel di dalam otak mati. Kedua factor tersebut dapat menimbulkan deficit neurologis (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen sehingga muncul resiko gangguan perfusi jaringan serebral. Salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan vascular serebral dan menimbulkan nyeri kepala. Pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan control volunter atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada pada sisi otak yang

berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tubuh tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan ataupun kaki. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah deficit perawatan diri, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity of Daily Living). Kelemahan kontrol otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, disfasia / afasia, disartria (kehilangan kemampuan bicara) sehingga muncul masalah kerusakan komunikasi verbal. Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan gangguan perbuahan persepsi sensori. Pada saluran pencernaan atas Pasien mengalami kesulitan menelan atau disfagia sehingga menimbulkan anoreksia, akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot sfingter sehingga menimbulkan masalah gangguan eliminasi urine (NANDA, 2016).

2.1.7 Komplikasi

Menurut (Hariyanto A. , Asuhan Keperawatan Cerebro Vaskular Accident (CVA), 2015) komplikasi yang mungkin terjadi :

1. Peningkatan tekanan intrakranial.
2. Disritmia jantung.
3. Kontraktur.

4. Immobilisasi yang dapat menyebabkan infeksi pernafasan, dicubitus, dan konstipasi.
5. Paralisis yang dapat menyebabkan nyeri kronis risiko jatuh, atrofi.
6. Kejang akibat kerusakan atau gangguan pada listrik otak
7. Nyeri kepala kronis seperti migrain
8. Malnutrisi

Selanjutnya komplikasi menurut Muttaqin (2008) setelah mengalami stroke Pasien akan mengalami beberapa hal komplikasi lain yang dapat dikelompokkan berdasarkan berikut ini :

- 1) Dalam hal mobilisasi : infeksi pernafasan, nyeri tekan, konstipasi.
- 2) Dalam hal paralisis : nyeri pada daerah punggung, dislokasi sendi, deformitas, dan terjatuh.

Sedangkan menurut Menurut (Salsabila & Pratiwi, 2024) komplikasi dari stroke sebagai berikut :

- 1) Dini (0-48 jam pertama) Edema serebri, defisit neurologis cenderung memberat dapat meningkatkan TIK (Tekanan Intra Kranial) dan dapat menimbulkan kematian.
- 2) Jangka pendek (1-14 hari)
 - a) Pneumoni akibat immobilisasi lama
 - b) Infark miokard
 - c) Emboli paru cenderung terjadi 7-14 hari pasca stroke, sering terjadi saat penderita mulai mobilisasi.

- 3) Jangka panjang (>14 hari)
 - a) Infark miokard
 - b) Gangguan vascular, penyakit vascular perifer

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang CVA (*Cerebro Vascular Accident*) menurut (Hariyanto & Sulistyowati, Asuhan Keperawatan Cerebro Vaskular accident, 2015) yaitu meliputi:

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

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) menurut (Hariyanto, 2015) :

- a. Pemberian dan pemantauan terapi cairan sesuai indikasi
- b. Pemberian diet untuk nutrisi
- c. Terapi oksigen
- d. Medika mentosa terkait peningkatan TIK
- e. Rehabilitasi medik
- f. Pembedahan jika dibutuhkan yang biasanya dilakukan apabila pendarahan serebrum berdiameter lebih dari 3 cm atau volume perdarahan 50 ml.

Penatalaksanaan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) menurut (Wahyudin & Nur Dwi Ningsih, 2023) :

1) Penatalaksanaan Umum :

a) Pada fase akut

- (1). Terapi cairan, pada fase akut CVA (*Cerebro Vascular Accident*) beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah.
- (2). Terapi oksigen, Pasien CVA iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga

kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah oksimetri.

- (3). Penatalaksanaan peningkatan intrakranial Peningkatan tekanan intrakranial biasanya disebabkan karena edema serebri oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, kontrol atau pengendalian tekanan darah.
- (4). Monitor fungsi pernapasan : Analisa Gas Darah
- (5). Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.
- (6). Evaluasi status cairan dan elektrolit
- (7). Kontrol kejang jika ada dengan anti konvulsan, dan cegah resiko injuri.
- (8). Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.
- (9). Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan anti koagulan.

- (10). Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan refleks.

a) Fase rehabilitasi

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

2) Pembedahan

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

3) Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis CVA (*Cerebro Vascular Accident*)

a) CVA iskemik

- (1). Pemberian trombolisis dengan rt-PA (recombinan tissueplasminogen)

(2). Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfabet, kaptopril antagonis kalsium pada Pasien dengan hipertensi.

b) CVA hemoragik

(1) Anti hipertensi: kaptopril, antagonis kalsium

(2) Diuretik: manitol 20 % , furosmide

(3) Antikonfalsan: fenitoin

4) Penatalaksanaan Non Farmakologis

a. Latihan *ROM Aktif*

ROM aktif merupakan gerak isotonic (terjadi kontraksi dari pergerakan otot) yang dilakukan Pasien dengan menggerakkan masing-masing persendianya sesuai dengan rentang gerakan yang normal.

b. Latihan *ROM Pasif*

ROM pasif merupakan latihan pergerakan perawat atau petugas lain yang menggerakkan persendian Pasien sesuai dengan rentang geraknya.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan yang sistematis, berurutan, berkelanjutan dimulai dari pengumpulan data, menentukan masalah keperawatan, menyusun desain rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan dan menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan dan mengevaluasi keberhasilan. Proses keperawatan merupakan metode yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada Pasien. Sasaran asuhan dapat individu, kelompok, keluarga, masyarakat, baik sehat maupun sakit (Rahman, 2020).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari Pasien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada.

1. Pengumpulan Data

a) Identitas Pasien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan MRS, nomor register, dan diagnosis medis (Tartowo, 2013).

b) 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 (Tartowo,2013).

c) Riwayat penyakit sekarang

CVA (*Cerebro Vascular Accident*) berlangsung sangat mendadak, pada saat Pasien sedang melakukan aktivitas ataupun sedang beristirahat. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.(Tarwoto,2013).

d) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat CVA (*Cerebro Vascular Accident*) sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan anti kougulan, aspirin, vasodilatator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. (Parwati & Indah, 2022)

e) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun *Diabetes Mellitus* (DM) (Tarwoto,2013).

f) Riwayat Psikososial

a) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran pasien, dan koma. merupakan indikator pertama status neurologis pasien. Berdasarkan tingkat kesadaran terdiri dari composmentis, apatis, latergi, delirium,

samnolen dan nilai GCS 4-5-6 dengan memperhatikan respon membuka mata(1- 4), respon verbal (1-5), respon motorik (1-6) (Tarwoto,2013).

b) Pola interaksi dan komunikasi

Biasanya klien tidak mampu menjawab pertanyaan dari perawat ataupun petugas medis lain karena gangguan disatria (pelo, cedal), disfonia (serak, bindeng), afasia (gangguan berbahasa), aleksia (kehilangan kemampuan membaca sebelumnya. (Anggraeni, 2023)

c) Orientasi

Mengaitkan keadaan sekitar dengan pengalaman lampau. Tanya orientasi tempat, aktu, orang dan situasi. Siapa namanya?, hari apa sekarang? Jam berapa? Sekarang berada dimana, siapa yang menunggu sekarang?(Tarwoto,2013).

d) Memori

Dalam memori di klafisikasikan menjadi memori segera, memori jangka pendek, memori jangka panjang. Memori segera menyebutkan angka dan pasien mengulangnya. Tes memori jangka pendek berupa verbal dan visual. Memori jangka panjang menanyakan data pribadi pasien. (Tarwoto,2013).

e) Suasana hati atau mood

Mengkaji suasana hati dengan dilihat dari ekspresi wajah dan

perilaku pasien mestinya sedih, datar atau sebaliknya (Tarwoto, 2013)

g) Aktivitas Sehari-hari

a) Pola Makan

Pada klien dengan CVA terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan disfagia dan kesulitan untuk menelan. Adanya Riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah ditandai dengan kesulitan menelan dan obesitas (Lestari et al, 2019).

b) Minum

Apakah ada ketergantungan mengonsumsi obat, narkoba, minum yang mengandung alkohol.

c) Pola Eliminasi

Pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) hemoragik biasanya didapatkan pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi, bagaimana eliminasi BAK apakah ada kesulitan, warna, bau, berapa jumlahnya, karena pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) mungkin mengalami *inkontinensia urine* sementara karena *konfusi*, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. (Pangestu, 2023)

d) Pola Aktifitas

Dalam beraktivitas klien mengalami kesulitan melakukan Gerakan karena pada pasien hemiplegia akan mengalami kelumpuhan pada salah satu anggota gerak sedangkan pada pasien hemiparesis rentang dalam bergerak karena salah satu tangan, kaki atau wajah mengalami kelumpuhan (Hello sehat, 2018).

e) Personal hygiene

Pada penderita stroke dengan hemiplegi dan hemiparase akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan sibilin dan oral hygiene (Tarwoto,2013).

f) Pola seksualitas atau reproduksi

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui siklus haid, usia menarche, haid terakhir, masalah dalam menstruasi, penggunaan kontrasepsi sebelumnya, pemeriksaan payudara mandiri dan masalah seksual klien yang berhubungan dengan penyakit.

g) Pola hubungan dan peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara

h) Pola persepsi dan konsep diri

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

i) Pola sensori dan kognitif

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

h) Pemeriksaan Fisik

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

b) Tanda-tanda vital : tekanan darah meningkat, denyut nadi tidak beraturan, pada beberapa kasus sering dijumpai adanya masalah bersihan jalan nafas pada sistem pernafasan dan tidak terdapat kenaikan suhu tubuh. (Tarwoto, 2013)

c) Pemeriksaan kepala dan leher

1) Kepala

Mengetahui bagaimana penyebaran rambut, alopesia, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma yang

dapat diindikasikan adanya trauma kepala. Biasanya terdapat nyeri tekan yang bisa diindikasikan pada tekanan intrakranial (Tarwoto, 2013).

2) Wajah

Terdapat hemiparesis/hemiplegia, wajah mencong ke arah salah satu sisi, wajah pucat. Biasanya tidak terdapat nyeri tekan. (Tunik, 2022)

3) Telinga

Biasanya daun pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging atau berdesis pada telinga) (Tarwoto, 2013).

4) Mata

Biasanya konjungtiva pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan yang diakibatkan kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil anisokor dapat ditemukan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran, penglihatan dan lapang pandang kurang pada sisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi paralisis pada sisi otot okularis yang sakit. (Esa, 2020)

5) Mulut atau faring

Biasanya mulut mencong ke salah satu wajah dan penurunan koordinasi gerakan mengunyah akibat paralisis saraf

Trigeminus (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 klien kesulitan dalam membersihkan secara mandiri, distatritia, afasia (Tarwoto,2013)

6) Pemeriksaan leher

Jarang terjadi kaku kuduk, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat pembesaran kelenjaran tyroid, tidak terdapat pembesaran vena jugularis raba adanya pembesaran kelenjar tyroid. (Tarwoto,2013)

d) Pemeriksaan Thorax

(1). Paru-paru

Bentuk thoraks biasanya normal atau adalah kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung), pemeriksaan dada frekuensi pernapasan, biasanya bunyi normal (sonor) Auskultasi trakea suara yang didengar adalah bronchial, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah bronkovesikuler, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan

suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Tarwoto,2013)

(2). Jantung

Suara jantung pada pasien biasanya normal (pekak). Biasanya ictus cordis teraba, 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. (Tarwoto,2013)

e) Pemeriksaan abdomen

Biasanya perut datar, terdapat penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama, tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan. (Tarwoto,2013)

f) Pemeriksaan integumen

Apabila klien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Selain itu perlu juga dikaji adanya tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bedrest selama 2-3 minggu. (Tarwoto,2013)

g) Pemeriksaan Ekstremitas

Pada pasien stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisis atau

hemiparase, mengalami kelemahan otot (Tarwoto, 2013).

h) Pemeriksaan genetalia

Pada klien dengan CVA didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urin, anuria, distansi abdomen (distansi kemih berlebih) (Doengoes, 2000).

i) Pemeriksaan neurologis

Ada 12 nervus cranial, diantaranya adalah:

- 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 klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Biasanya lapang pandang klien baik 90°, visus 6/6.
- 3) *Nervus III (Okulomotoris)* : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedib dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata.
- 4) *Nervus IV (Troclearis)* : klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke Bawah.

- 5) *Nervus V (Trigeminus)* : klien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada klien koma Ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka klien menutup kelopak mata.
- 6) *Nervus VI (Abducens)* : klien 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)* : klien kurang dapat mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung pada dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.
- 9) *Nervus IX (Glossofaringeus)* : uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan, dan klien dapat merasakan asam urat.
- 10) *Nervus X (Vagus)* : kemampuan klien tidak baik, kesukaran membuka mulut.
- 11) *Nervus XI (Accessory)* : klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.
- 12) *Nervus XII (Hypoglossus)* : klien dapat menjulurkan lidah dan

dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

j) Pemeriksaan refleks

Pada fase reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari reflek fisiologis akan muncul kembali di dahului dengan refleks patologis.

k) Pemeriksaan Penunjang

Diantaranya adalah:

1) *MRI (Magnetic Resonance Imaging)*

Pemeriksaan yang menunjukan daerah mengalami infark atau hemoragik.

2) *EEG (Eleectro enchepalografi)*

Pemeriksaan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik

3) *Pemeriksaan Foto Thorak*

untuk memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan tanda hipertensi kronis pada penderita CVA infark.

4) *CT Scan*

Pemeriksaan memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan infark.

5) *Angiografi of Serebral*

Pemeriksaan membantu menentukan penyebab penyakit CVA secara spesifik perdarahan atau obstruksi arteri.

6) *Pemeriksaan darah lengkap*

Untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Adapun Diagnosa CVA (*Cerebro Vascular Accident*) meliputi :

- 1) Gangguan perfusi jaringan Serebral berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, perdarahan, vasospasme serebral, edema serebral, peningkatan tekanan intrakranial.

Data pendukung :

- a) Penurunan kesadaran
- b) Nilai GCS
- c) Perubahan tanda vital
- d) Perubahan sensorik dan motorik
- e) Penurunan fungsi memori
- f) Nyeri kepala
- g) Muntah
- h) Kejang
- i) Perubahan pupil
- j) Perubahan pola nafas
- k) Nilai AGD

- l) Hasil CT Scan, MRI adanya edema serebri, perdarahan, herniasi
 - m) Penggunaan terapi deuretik, sedatif
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan, pasrestesia, paralisis.

Data pendukung :

- a) Pasien mengatakan tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah (sulit menggerakkan ekstremitas)
 - b) Rentang gerak ROM menurun
 - c) Gerakan tidak terkoordinasi
 - d) Fisik lemah
 - e) Pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan ADL
 - f) Kebutuhan ADL dibantu
 - g) Adanya hemiplegia/hemiprase
 - h) Pergerakan, ambulasi dibantu
 - i) Tonus otot kurang
 - j) Kekuatan otot kurang
 - k) Atropu, kontraktur
 - l) Hasil EMG
- 3) Gangguan komunikasi verbal/non verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neuromuskuler, kelemahan umum.

Data pendukung :

- a) Pasien tidak mampu berkomunikasi

- b) Tanda-tanda frustrasi karena tidak mampu berkomunikasi
 - c) Menunjukkan respon tidak sesuai
 - d) Disartia, aphasia
 - e) Kelemahan otot wajah
 - f) Kelemahan otot lidah
 - g) Adanya infark pada area bicara dari hasil CT Scan, MRI
- 4) Gangguan persepsi Sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, integrasi, stress psikologik.

Data pendukung :

- a) Diplopia
 - b) Pandangan kabur
 - c) Aphasia sensorik
 - d) Penurunan tingkat kesadaran
 - e) Disorientasi
 - f) Perubahan pola komunikasi
- 5) Gangguan perawatan diri : ADL berhubungan dengan defisit neuromuskuler, menurunnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol otot, gangguan kognitif.

Data pendukung :

- a) Adanya penurunan kesadaran
- b) Minat melakukan perawatan diri kurang
- c) Kelemahan fisik (*Hemiparese*)

- d) Atropi otot
 - e) Kontraktur otot
 - f) Ketidakmampuan melakukan ADL sendiri
- 6) Gangguan eliminasi urine : inkontinensia fungsional sehubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan komunikasi.

Data pendukung :

- a) Desakan berkemih
 - b) Mengompol
 - c) Berkemih tidak tuntas
 - d) Pasien mengatakan tidak mampu mengontrol BAK
 - e) Inkonteninsia
 - f) Bladder penuh
 - g) Distensi bladder
 - h) Berkemih tidak tuntas
 - i) Sering buang air kecil
 - j) *Enuresis*
- 7) Gangguan eliminasi alvi (*Konstipasi*) berhubungan dengan imobilisasi, intake cairan yang tidak adekuat.

Data Pendukung :

Data Subyektif : Pasien mengatakan sulit BAB

Data Obyektif :

- a) *Fases Keras*
 - b) Pengeluaran *fases* lama dan sulit
 - c) Menurunnya bising usus
 - d) Adanya keluhan pada *Rectum*
 - e) Nyeri saat mengejan dan *defekasi*
 - f) Adanya perasaan masih ada sisa *Feses*
 - g) Distensi Abdomen
 - h) Kelemahan umum
- 8) Gangguan Kebutuhan Nutrisi berhubungan dengan kelemahan otot mengunyah dan menelan.

Data pendukung :

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak nafsu makan

Data Obyektif :

- a) Berat badan Pasien menurun
- b) Adanya mual dan muntah

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari Pasien atau tindakan yang harus dilakukan perawat. Intervensi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas. Pengelompokan seperti bagaimana, kapan, dimana, frekuensi, dan besarnya, menunjukkan isi dari aktivitas yang direncanakan. Intervensi keperawatan

dapat dibagi menjadi dua, yaitu: mandiri (dilakukan oleh perawat) dan kolaboratif (yang dilakukan bersama dengan pemberi perawatan lainnya).

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Intervensi dari diagnose di atas adalah :

- 1) **Diagnosa 1** : Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, perdarahan, vasospasme serebral, edema serebral, peningkatan tekanan intracranial.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan perfusi jaringan otak dapat tercapai secara optimal.

Kriteria Hasil :

- a) Pasien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik dan motorik
- b) Tanda-tanda vital stabil, peningkatan TIK tidak ada
- c) Pupil isokor, reflek cahaya (+)
- d) Gangguan lebih lanjut tidak terjadi
- e) Tidak ada keluhan nyeri kepala, mual, kejang

Intervensi :

Observasi

- a) Pemeriksaan sirkulasi Perifer
- b) Identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi
- c) Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas

Terapeutik

- a) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
- b) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
- c) Hindari pemasangan dan penekanan tourniquet pada area cedera
- d) Lakukan pencegahan infeksi
- e) Lakukan perawatan kaki dan kuku
- f) Lakukan hidrasi

Edukasi

- a) Anjurkan pola hidup sehat
 - b) Anjurkan berolahraga rutin
 - c) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol (jika perlu)
 - d) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
 - e) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat
 - f) Anjurkan melakukan program diet untuk memperbaiki sirkulasi
 - f) Anjurkan tanda gejala darurat yang harus dilaporkan
- 2) **Diagnosa 2** : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan, parestesia, paralisis.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan Pasien mampu Aktivitas fisik dengan kemampuan nya

Kriteria Hasil :

- a) Tidak terjadi kontraktur sendi
- b) Bertambahnya kekuatan otot

Intervensi :

Observasi

- a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b) Identifikasi toleransi fisik maupun pergerakan
- c) Monitor berat fungsi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

- a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
- 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
- c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di Sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)

3) **Diagnosa 3** : Gangguan komunikasi verbal/non verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neuromuskuler, kelemahan umum.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan proses komunikasi Pasien dapat berfungsi secara optimal

Kriteria Hasil :

- a) Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal.
- b) Terhindar dari tanda-tanda frustrasi
- c) Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar
- d) Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain

Intervensi :

Observasi

- a) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
- b) Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara
- 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 gambar dan huruf isyarat tangan dan komputer)
- b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan
- 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

4) **Diagnosa 4** : Gangguan persepsi Sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, integrasi, stress psikologik

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan Fungsi Sensori Pasien dapat berfungsi secara optimal

Kriteria Hasil :

- a) Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi persepsi

- b) Mendemonstrasikan tingkah laku untuk mengompresasikan kekurangan

Intervensi :

- a) Kaji kemampuan persepsi Pasien dan penerimaan sensorik
 - b) Ciptakan lingkungan yang sederhana dan pindahkan alat yang berbahaya
 - c) Tempatkan barang pada tempat semula
 - d) Orientasikan Pasien pada lingkungan, staf dan prosedur tindakan
 - e) Bantu Pasien dalam aktivitas dan mobilitas untuk mencegah injuri
- 5) **Diagnosa 5** : Gangguan perawatan diri : ADL berhubungan dengan defisit neuromuskuler, menurunnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol otot, gangguan kognitif

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan kebutuhan perawatan diri Klein terpenuhi

Kriteria Hasil :

- a) Mendemonstrasikan perubahan dalam merawat diri : mandi, b.a.b, b.a.k, berpakaian, makan.
- b) Menampilkan aktivitas perawatan secara mandiri.

Intervensi :

Observasi

- a) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia

- b) Monitor tingkat kemandirian
- c) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, Berhias, makan dan melakukan ADL

Terapeutik

- a) Sediakan lingkungan yang Terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privacy)
- b) Siapkan keperluan pribadi (mis. Peralatan mandi)
- c) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- d) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
- e) Fasilitasi kemandirian, bentuk jika tidak mampu melakukan perawatan diri
- f) Jadwalkan rutinitas perawatan diri

Edukasi

- a) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

6) **Diagnosa 6** : Gangguan eliminasi urine : inkontinensia fungsional sehubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan komunikasi.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan Pasien mampu mengontrol eliminasi urinenya.

Kriteria Hasil :

- a) Pola BAK normal
- b) Pasien dapat berkomunikasi sebelum BAK
- c) Kulit bersih dan kering
- d) Terhindar dari infeksi saluran kemih

Intervensi

Observasi

- a) Identifikasi kebiasaan BAK BAB sesuai usia
- b) Identifikasi tanda dan gejala Retensi atau Inkontinensia urine
- c) Monitor Eliminasi Urin (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna)

Terapeutik

- a) Catat waktu waktu dan Haluaran berkemih
- b) Batasi asupan cairan
- c) Dukung penggunaan toilet/pispot/urinal secara konsisten
- d) Bersihkan alat bantu BAK setelah digunakan
- e) Latih BAK sesuai jadwal, jika perlu
- f) Sediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal)

Edukasi

- a) Anjurkan BAK secara rutin
- b) Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu
- c) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih
- d) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan

- e) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi
- f) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika diperlukan

7) **Diagnosa 7** : Gangguan eliminasi alvi : *konstipasi*, diare sehubungan dengan menurunnya control volunteer, kerusakan komunikasi, perubahan peristaltic, immobilisasi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan Pasien tidak mengalami konstipasi

Kriteria Hasil :

- a) Pola BAB norma, Fases lunak
- b) Pasien menyatakan secara verbal kebutuhan defikasi
- c) Tidak teraba masa pada kolon
- d) Bising usus normal (15-30 x/menit)

Intervensi :

Observasi

- a) Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar
- b) Identifikasi obat yang berefek pada gastrointestinal
- c) Monitor BAB
- d) Monitor tanda dan gejala diare, *konstipasi*, atau *implikasi*
- e) Periksa tanda dan gejala konstipasi

Terapeutik

- a) Sediakan makanan tinggi serat
- b) Jadwalkan waktu defekasi bersama Pasien
- c) Lakukan masase abdomen
- d) Berikan enema atau irigasi, *jika perlu*

Edukasi

- a) Jelaskan etiologic masalah dan alasan tindakan
- b) Jelaskan makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltic usus
- c) Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses
- d) Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik sesuai toleransi
- e) Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas
- f) Anjurkan konsumsi makanan yang tinggi serat
- g) Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi
- h) Latih buang air besar secara teratur

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian obat supositoria, *jika perlu*
Kolaborasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons Pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan menilai data yang baru. (Minannisa, 2020)

Sementara tahap-tahap yang harus dilaksanakan dalam pelaksanaan adalah :

- 1) Tahap Persiapan
 - a) Review rencana tindakan keperawatan
 - b) Analisis pengetahuan dan ketrampilam yang diperlukan
 - c) Antisipasi komplikasi yang akan timbul
 - d) Mempersiapkan peralatan yang diperlukan (waktu, tenaga, alat)
 - e) Mengidentifikasi aspek-aspek hukum dan etik
 - f) Memerhatikan hak-hak Pasien, antara lain :
 - (1) Hak atas pelayanan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan
 - (2) Hak atas informasi
 - (3) Hak untuk menentukan nasib sendiri
 - (4) Hak atas *Second Opinion*
- 2) Tahap Pelaksanaan
 - a) Berfokus pada Pasien

- b) Berorientasi pada tujuan dan kriteria hasil
 - c) Memerhatikan keamanan fisik dan psikologis Pasien
 - d) Kompeten
- 3) Tahap sesudah pelaksanaan
- a) Menilai keberhasilan tindakan
 - b) Mendokumentasikan tindakan yang meliputi :
 - (1) Aktivitas/Tindakan Perawat
 - (2) Hasil/Respon Pasien
 - (3) Tanggal/jam, nomor diagnosis keperawatan, tanda tangan.
- (Sugianto, 2024)

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan Pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Iswara, 2020). Semua intervensi keperawatan di evaluasi dengan membandingkan respons aktual Pasien terhadap hasil yang diharapkan dari rencana/intervensi keperawatan.

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

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

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode penilaian merupakan cara ilmiah yang di gunakan untuk mendapatkan data-data yang nantinya dapat di analisis untuk keperluan tertentu dan menentukan solusi dari permasalahan yang diteliti (Kristanto, 2018). Bab ini akan menguraikan metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah yang ditetapkan antara lain rancangan penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, prosedur pengumpulan data, uji keabsahan data, dan analisa data. Metode pada penelitian deskripsi dan kualitatif ini meliputi : wawancara, observasi langsung dan studi dokumentasi.

3.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat memengaruhi akurasi suatu hasil. Istilah rancangan penelitian digunakan dalam dua hal; pertama, rancangan penelitian merupakan suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data; dan kedua, rancangan penelitian digunakan untuk mendefinisikan struktur penelitian yang akan dilaksanakan. Rancangan juga dapat digunakan peneliti sebagai petunjuk dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian untuk mencapai suatu tujuan atau menjawab suatu pertanyaan penelitian (Nursalam, Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, 2017). Rancangan pada penelitian ini menggunakan pendekatan metode study kasus

dan dalam penelitian studi kasus ini bertujuan untuk menganalisa Asuhan Keperawatan pada Pasien yang mengalami CVA (*Cerebro Vascular Accident*).

3.2 Batasan Istilah

Batasan Istilah pada penelitian ini yaitu : Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *iskemik* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Kegiatan ini merupakan suatu proses kegiatan atau rangkaian praktik yang berhubungan langsung dengan Pasien di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dan untuk pelaksanaannya berdasarkan kaidah Profesi Keperawatan dan juga dengan menggunakan kebutuhan dasar manusia. Dalam melakukan suatu Asuhan Keperawatan berpegang pada standar keperawatan yang meliputi : Pengkajian, Diagnosa keperawatan, Perencanaan (*intervensi*), Pelaksanaan (*implementasi*), Evaluasi secara komprehensif minimal 3 hari dan mengobservasi bagaimana perkembangan Pasien dengan dilakukan asuhan keperawatan dengan diagnose keperawatan CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik. CVA (*Cerebra Vascular Accident*) *Iskemik* 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 tanpa adanya komplikasi penyakit tambahan seperti Pasien yang kooperatif dengan tingkat kesadaran Pasien composmentis dan mendapatkan perawatan minimal 3 hari di rumah sakit. Pasien adalah penderita suatu penyakit yang membutuhkan jasa pelayanan kesehatan dengan harapan bisa sembuh dari penyakit yang dialami. RSUD dr Soedomo Trenggalek merupakan suatu unit pelayanan kesehatan masyarakat yang memberikan pelayanan bersifat promotif, preventif, kuratif, dan

rehabilitative.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan sasaran atau subyek yang digunakan dalam penelitian. Partisipan dalam penelitian ini terdiri dari individu yang mengalami CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *iskemik* dengan kriteria :

- 1) Pasien yang Kooperatif
- 2) Pasien bersedia menjadi partisipan dan dapat diajak komunikasi secara aktif
- 3) Pasien dalam keadaan sadar penuh (*composmetis*)
- 4) Pasien dengan kasus CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *iskemik* tanpa komplikasi penyakit.
- 5) Pasien bisa laki-laki atau perempuan, tidak ada batasan umur.
- 6) Pasien dengan perawatan minimal 3 hari di Rumah Sakit.

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi

Lokasi pengambilan studi kasus Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Iskemik* akan dilaksanakan di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.4.2 Waktu

Pengambilan data atau kasus pada penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Februari s/d Maret 2025.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan/Instrumen dan Metode Pengumpulan Data

Menurut (Nursalam, Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, 2017) Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Langkah- langkah dalam pengumpulan data bergantung pada rancangan penelitian dan teknik instrumen yang digunakan. Selama proses pengumpulan data, peneliti memfokuskan pada penyediaan subjek, melatih tenaga pengumpul data (jika diperlukan), memerhatikan prinsip-prinsip validitas dan reliabilitas, serta menyelesaikan masalah-masalah yang terjadi agar data dapat terkumpul sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.

3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data

Merupakan cara peneliti untuk mengumpulkan data dalam penelitian. Sebelum melakukan pengumpulan data, perlu dilihat alat ukur pengumpulan data agar dapat memperkuat hasil penelitian. Alat ukur pengumpulan data tersebut antara lain berupa kuesioner/angket, observasi, wawancara atau gabungan ketiganya (Rumina, 2024)

Prosedur pengumpulan data meliputi empat tahap yaitu :

1) Tahap Persiapan

- a) Mendapat surat pengantar ijin penelitian dari Ketua Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.
- b) Mendapat persetujuan ijin penelitian dari lokasi tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu direktur RSUD dr. Soedomo

Trenggalek dengan Surat Pengantar dari Ketua Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.

c) Mendapat persetujuan izin penelitian dari lokasi tempat pengambilan studi kasus yaitu RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.

d) Setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat melakukan Asuhan Keperawatan yaitu di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Ketua D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek, peneliti bekerjasama dengan CI (*Clinical Instructure*) ruangan dan perawatan untuk memperoleh informasi dari tempat pengambilan kasus mengenai calon partisipan (Pasien).

2) Tahap Kontrak

Peneliti membuat kontrak waktu dan tempat untuk pengambilan data. Waktu pelaksanaan wawancara menyesuaikan dengan jam istirahat partisipan sedangkan tempat pelaksanaan mempertimbangkan lokasi nyaman, tenang, dan mempermudah partisipan yaitu di bed partisipan. Partisipan menyetujui kontrak waktu dan tempat yang telah disepakati.

3) Tahap Pelaksanaan

Peneliti melaksanakan pengambilan data menggunakan wawancara yaitu dengan menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan dan 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 selama di rumah sakit yang bertujuan untuk menjalin keakraban dengan Pasien, setelah itu peneliti melakukan pemeriksaan fisik menggunakan *Nursing Kit*. Pengambilan data ini membutuhkan waktu rata-rata 35 menit setiap Pasien. Tahap pelaksanaan diakhiri dengan melakukan Validasi hasil wawancara dan membuat kontrak berikutnya dengan partisipan.

4) Tahap Penutup

Peneliti mengakhiri penelitian dengan Validasi hasil yang telah ditemukan kepada semua partisipan. Peneliti mengatakan bahwa peneliti sudah berakhir dan mengucapkan terimakasih pada partisipan

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksud untuk memperoleh tingkat kepercayaan yang berkaitan dengan seberapa jauh kebenaran hasil penelitian, mengungkapkan dan memperjelas data dengan fakta – fakta aktual di lapangan. Keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (*Credibility*), keteralihan (*Transferbility*), ketergantungan (*Dependability*) dan kepastian (*Confirmability*) (O Ridhoi, 2024).

3.6.1 Kepercayaan (*Credibility*)

Credibility bermakna kebenaran atau kepercayaan hasil yang mengindikasikan kenyataan yang sesungguhnya terjadi. Kredibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan Pasien sesuai dengan masalah, pelaksanaan asuhan keperawatan

sesuai dengan langkah–langkah, serta pendokumentasiandilakukan sesuai tahapan asuhan keperawatan.

3.6.2 Keteralihan (Transferbility)

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

3.6.3 Ketergantungan (Dependability)

Dependability merupakan kesesuaian metode yang dipergunakan 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 diagnose stroke iskemik. Sebelum melakukan penelitian, peneliti sudah mendapatkan izin dari berbagai pihak sampai dengan ke respondennya.

3.6.4 Kepastian (Confirmability)

Confirmability mengandung makna bahwa sesuatu itu obyektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak–pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Kondisi ini dapat diperoleh melalui proses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing satu, dua dan mahasiswa, karya tulis ini untuk mendapatkan kritikan dan

masuk. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data Pasien pada saat melakukan Asuhan Keperawatan.

3.7 Analisa Data

Menurut (AR Fadilla, 2023), 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 Penelitian medis CVA (*Cerebro Vascular Accident*) iskemik di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

3.8 Etika

Menurut Hidayat (2007), etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut :

3.8.1 Informed Consent (Lembar Persetujuan Menjadi Responden)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuannya agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka peneliti harus menghormati hak Pasien (Hidayat, 2007).

3.8.2 Anonymity (Tanpa Nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2007).

3.8.3 Confidentiality (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat, 2007).

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

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

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 11 Maret 2025 sampai 13 Maret 2025. Penelitian dilakukan di RSUD dr. Soedomo trenggalek yaitu di ruang Unit Stroke. Ruang Unit Stroke merupakan ruangan yang di khususkan untuk klien yang mengalami CVA. Jumlah perawat di ruang Unit Stroke yaitu 15 orang dan 1 terapi wicara dengan kapasitas tempat tidur 17 bed. Di kelas VIP ada 2 ruang dengan masing masing ruang ada 2 bed, HCU 1 ruang dengan kapasitas 2 bed, kelas II ada 2 ruang dengan kapasitas 4 bed, kelas III ada 4 ruang dengan 9 bed. Terdapat ruangan khusus untuk fisioterapi.

4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Identitas Umum

1) Pengkajian	
Nama	Ny. S
Jenis Kelamin	Perempuan
Umur	75 Tahun
Suku/Bangsa	Jawa
Agama	Islam
Pendidikan Terakhir	SD
Pekerjaan	Wiraswasta
Alamat	Rt 14 Rw 3, Kedungsiggit, Karangan
Status Perkawinan	Cerai Mati
Tgl Masuk/Jam Masuk	10 Maret 2023 jam 13.45
Ruang/Kelas	Unit Stroke / III
Tgl Pengkajian/Jam Pengkajian	11 Maret 2025 Jam 15.00
Diagnosa Medis	CVA infark

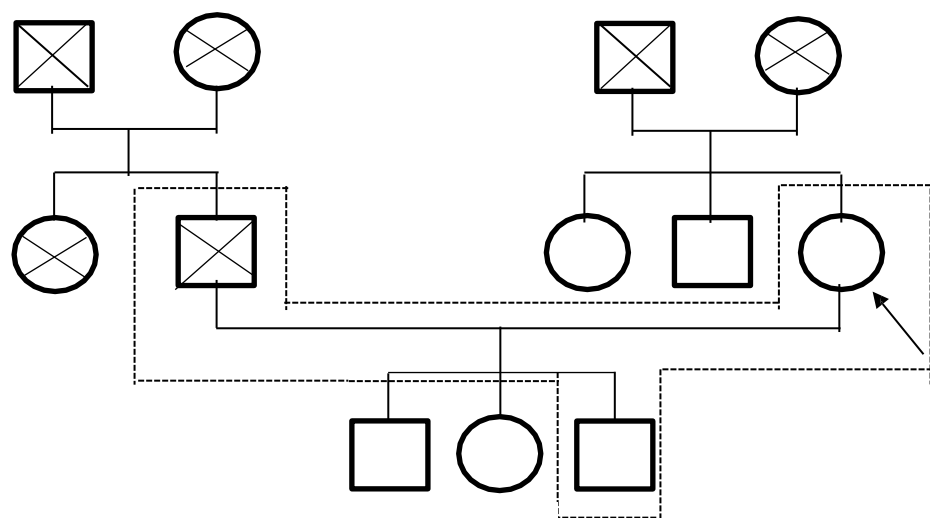
2) Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Keluhan Utama	Saat MRS : klien mengatakan merasa pusing, tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah
	Saat pengkajian : klien mengatakan merasa pusing, tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah

Riwayat Penyakit Sekarang	Klien mengatakan, pada tanggal 10 Maret 2025 sekitar pukul 09.00 WIB pagi setelah berjualan di pasar lalu px mandi dan duduk di depan tv sambil memakai kipas angin tiba-tiba klien merasa kepalanya sangat pusing dan anggota badan sebelah kanan terasa lemah dan tiba-tiba px tidak sadarkan diri . Px langsung dibawa oleh pihak keluarga ke klinik dekat rumah pukul 13.00 dan langsung di larikan ke IGD RSUD dr. Soedomo trenggalek dalam kondisi sudah sadar sampai IGD pukul 13.45 dan Px dipindah ke ruangan Unit Stroke untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.
Riwayat Penyakit Dahulu	Klien mengatakan mempunyai Riwayat Hipertensi tetapi tidak rutin berobat maupun cek kesehatan dan ini termasuk stroke serangan pertama yang dialami klien. Klien mengatakan sebelumnya juga mempunyai riwayat kolestrol dan asam urat tetapi belum pernah melakukan pemeriksaan lanjutan di fasilitas kesehatan.
Riwayat Keluarga	Klien mengatakan keluarga memiliki riwayat darah tinggi/Hipertensi

Genogram :



Keterangan :



: Laki laki



:Perempuan



: Garis keturunan



: Garis perkawinan



: Tinggal serumah



: Meninggal



: Pasien

3) Perubahan Pola Kesehatan

4.3 Tabel Perubahan Pola Kesehatan

No.	Pola Kesehatan	Di Rumah	Di RS
1.	Makan dan Minum	Klien mengatakan makan 3x sehari pagi, siang dan malam, dengan jenis makanan nasi yang tidak panas, sayur dan lauk. Porsi makan dihabiskan.	klien mengatakan, selama di rumah sakit klien makan 3 kali sehari makanan yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan lunak Klien mengatakan menghabiskan porsi makanan yang diberikan. Klien diberikan jenis makanan TKTP, RG, RL
	Minum	Klien mengatakan minum air putih $\pm 1,5$ liter / hari.	Klien mengatakan selama di rumah sakit, minum air putih ± 1.2 liter (2 aqua tanggung).
2.	Pola Eliminasi BAB	Klien mengatakan saat di rumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan	Klien mengatakan selama di Rumah sakit klien mengatakan sudah BAB tadi siang dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan.
	BAK	Klien mengatakan BAK 5-6x sehari warna BAK kekuning – kuningan dengan bau khas urine	Keluarga klien mengatakan selama di rumah sakit klien BAK sering $\pm 4-5$ kali sehari menggunakan pispot dibantu oleh keluarga, dengan warna kekuning – kuningan dan bau khas urine.

3.	Pola Istirahat/Tidur	Keluarga klien mengatakan sebelum sakit klien tidur malam pukul 21.30 dan bangun pukul 04.30. Klien mengatakan jarang tidur siang.	Klien mengatakan selama di rumah sakit, klien sering terbangun saat tidur malam hari karena kepala yang sedikit pusing. Klien mengatakan tidur siang pukul 14.00-15.30WIB dan tidur malam pukul 21.00WIB
4.	Kebersihan Diri	klien mengatakan, saat di rumah klien mandi 2x sehari pagi dan sore dengan memakai sabun. Gosok gigi 2x sehari, dan keramas 2 hari sekali.	Klien mengatakan selama di rumah sakit klien disibin dan mengganti baju pada pagi dan sore hari dibantu oleh keluarga. klien mengatakan selama dirumah sakit klien mengatakan belum sikat gigi hanya berkumur dengan air putih setelah makan.
5	Aktifitas	Klien mengatakan dirumah klien dapat beraktivitas tanpa bantuan	Klien mengatakan klien berbaring di tempat tidur,dan aktivitas sehari-hari sebagian dibantu keluarga
6	Riwayat psikososial		1) Pola komunikasi Klien dapat berkomunikasi dengan baik, mampu menjawab pertanyaan dari perawat tanpa ada gangguan berbicara cedal/pelo, klien berkomunikasi dengan menggunakan bahasa Jawa. 2) Konsep diri a) Gambaran diri Dengan kondisinya saat ini, Ny. S menerima keadaanya dan memiliki semangat yang tinggi untuk kesembuhannya. b) Ideal diri Pasien tampak ikhlas dan tabah dengan keadaannya yang sekarang. c) Harga diri Ny.S tampak bersemangat dan

selalu berikhtiar untuk kesembuhannya.

d) Peran

Ny. S adalah seorang ibu sekaligus nenek

e) Identitas diri

Klien mengatakan ia bernama Ny. S umur 75 tahun, tinggal di kedungsigit, karangan Trenggalek

4. Pola Kognisi dan Persepsi Sensori

Tabel 4.4 Pola Kognisi dan Persepsi Sensori

Status Mental	Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik.
Bahasa Yang Digunakan	Klien menggunakan Bahasa Jawa
Kemampuan Bicara	Bicara klien lancar tidak cedal/pelo
Kemampuan Membaca	Klien dapat membaca tulisan
Pendengaran	Fungsi pendengaran klien bagus, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran
Pengetahuan Pasien Tentang Penyakit	Klien mengatakan paham mengenai penyakit yang dideritanya.
Persepsi Tentang Penyakit	Klien mengatakan penyakitnya timbul karena sudah takdir dari Allah SWT.

A. Pola Keyakinan dan Nilai

Klien beragama islam, sebelum sakit klien melakukan kegiatan keagamaan seperti yasinan, klien tertib shalat 5 waktu. Saat di rawat di RS klien berdoa kepada Allah Swt agar segera sembuh

5. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik	Klien
Keadaan umum	Keadaan umum lemah, Kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6, ekstremitas dextra lemah, terpasang infus di tangan Kanan dengan cairan infus Natrium Cloride 0,9% 14 tpm.
Tanda – Tanda Vital	TD : 161/90 mmHg N : 72x/menit S : 36,7°C RR : 20x/menit SPO2 : 99%

Pemeriksaan Kepala dan Leher	
1. Kepala dan Rambut	Inspeksi : bentuk kepala bulat, persebaran rambut tidak merata, warna rambut hitam sedikit beruban Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala
2. Mata	Inspeksi : Simetris kanan kiri, konjungtiva merah muda, sklera putih, pupil isokor Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema. Pemeriksaan visus : nilai 6/6 lapang pandang jauh, Pandangan tidak kabur tidak mengalami penurunan penglihatan
3. Wajah	Wajah tidak melencong, wajah pucat, tidak adan nyeri tekan pada wajah
4. Telinga	Inspeksi : telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
5. Hidung	Tidak ada pernapasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret. Tidak ada perdarahan
6. Mulut	Mulut simetris kanan dan kiri, mukosa bibir lembab tidak terdapat sianosis, keadaan mulut dan lidah bersih klien dapat mengunyah dan tidak mengalami kesulitan menelan, bicara tidak pelo.
7. Leher	Inspeksi : Tidak ada pembesaran vena jugularis, trakea tepat ditengah Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

d Pemeriksaan Integumen	Inspeksi : kulit tampak pucat, tidak terdapat lesi, tidak terdapat dekubitus Palpasi : Turgor kulit kembali <2 detik, akral hangat, CRT <2 detik, suhu tubuh 36,7 °C
Pemeriksaan dada/thorax	Inspeksi : bentuk dada normal chest, tidak terdapat retraksi intercosta, RR 20 x/menit, tidak terdapat pulsasi. Palpasi : tidak teraba nyeri tekan, tidak terdapat pembengkakan, terdapat getaran yang sama pada lapang paru kanan dan kiri Perkusi : suara paru sonor Auskultasi : tidak terdapat suara napas tambahan.
Jantung	Inspeksi : tidak terdapat pulsasi Palpasi : Ictus Cordis teraba di ICS 5 midclavícula. Perkusi : suara pekak Auskultasi : tidak terdapat bunyi jantung tambahan, irama regular
Pemeriksaan payudara	Payudara simetris kanan dan kiri, aerola berwarna lebih gelap daripada areasekitarnya.
Pemeriksaan abdomen	Inspeksi: bentuk abdomen datar, tidak terdapat benjolan Auskultasi: terdapat penurunan peristaltik, bising usus 6x/menit Perkusi : suara perkusi tympani Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat pembesaran hepar
Pemeriksaan genetalia	Klien tidak terpasang selang kateter tidak mengalami inkontinesia.

Ekstremitas	Simetris kanan dan kiri, aktivitas
Reflek fisiologis	dibantu keluarga, kekuatan otot
Reflek Patologis	$\begin{array}{c c} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ Reflek biceps (+), reflek triceps (+), reflek brachioarialis (+), reflek patella (+), Reflek Achilles (+) Babinski (+) , Babinski (-) Chaddock (+) , Chaddock (-)
Pemeriksaan neurologis	Kesadaran /GCS : Composmentis/ GCS 4 (Eye),5(Verbal), 6 (Motorik). Kemampuan sensorik : klien mampu merasakan sentuhan, panas, dingin, tajam, tumpul. Kemampuan motorik : klien mengalami kelemahan pada ekstremitas sebelah kanan. Nervus : 1) Nervus Olfaktorius Klien disuruh menutup mata dan diberikan bau bauan minyak kayu putih, dan klien dapat mengenali bau tersebut 2) Nervus Optik Klien mampu membuka mata secara spontan dan mampu melihat 3) Nervus Okulomotorius Pupil mampu mengecil saat terkena cahaya 4) Nervus Trochlearis Klien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah 5) Nervus Trigemini Klien mampu merasakan sentuhan

6) Nervus Abdusen

Klien mampu menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri

7) Nervus Facialis

Klien mampu untuk berekspresi (meringis, tersenyum)

8) Nervus Vestibulococlearis

Klien mampu mendengar dengan baik, klien tidak mampu menjaga keseimbangan

9) Nervus Glosfaringeus

Klien mampu membedakan rasa makanan

10) Nervus Vagus

Klien mampu menelan ludah dan makanan

11) Nervus Assesorius

Klien hanya mampu menggerakkan bahu sebelah kiri

12) Nervus Hipoglasus

Klien mampu menjulurkan lidah dan mampu menariknya kembali

1) Pemeriksaan Penunjang

a) Foto Rontgen Thorax AP pada tanggal 10 Maret

2025 dengan hasil :

- (1) Cardiomegaly disertai elongasi dan aortoklerosis
- (2) Suspek Bronchitis

b) EKG pada tanggal 10 Maret 2025 dengan hasil :

Sinus rhythm with 1st degree A-V block Lead(s) unsuitable for analysis : V2

-Interpretation made without knowing patient's gender/age-

Possible left ventricular hypertrophy Widespread T wave abnormality may be due to the hypertrophy and/or ischemia.

c) Darah Lengkap :

Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Lekosit	11.7	$10^3/\mu\text{L}$	4.0 – 10.5
MCH	28.3 (-)	pg	31.0 – 37.0
MCHC	31.0 (-)	g/dL	37.0 – 54.0
Lym %	53.1	%	15.0 – 50.0
Lym#	6.2	$10^3/\mu\text{L}$	1.5 – 3.5
Mxd#	1.0	$10^3/\mu\text{L}$	≤ 1.0
SGOT	26.4	U/L	9.0 – 25.0
Trigliserida	173.6	mg/dl	40 – 150

CT-Scan pada tanggal 10 Maret 2025 dengan

kesimpulan hasil :

- (1) Acute infark di capsula eksterna kiri
- (2) Arteriosclerosis MCA kanan kiri

2) Penatalaksanaan Terapi

Tabel 4.7 Penatalaksanaan Terapi

Tanggal	Terapi
11 Maret 2025	- Infus Nacl 0,9% 500 ml/24 jam 14tpm - Injeksi Citicolin 2x500 mg - Norages 3x 1 ampul
12 Maret 2025	- Infus Nacl 0,9% 500 ml/24 jam 14tpm - Injeksi Citicolin 2x500 mg
13 Maret 2025	- Infus Nacl 0,9% 500 ml/24 jam 14 tpm - Injeksi Citicolin 2x500 mg

4.1.2 Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa Data

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI				
1	DS : Klien mengatakan merasa pusing DO : Ku : Lemah Tingkat Kesadaran : Composmentis GCS : 4,5,6 CRT < 2 Detik TD : 161/90 mmHg N : 72x/menit RR : 20x/menit S : 36,7°C SPO2 : 97% Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : • Acute infark di capsula eksterna kiri • Arteriosclerosis MCA kanan kiri Foto Thorax PA/AP : • Cardiomegaly disertai elongasi dan aortoklerosis • Suspek Bronchitis	Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif	Infark serebral				
2	DS : Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah DO : a. Tangan dan kaki sebelah kanan Lemah b. Kekuatan otot <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> c. Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan d. Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga - Mandi disibin - Ganti pakaian - <u>Makan</u>	3	5	3	5	Gangguan mobilitas Fisik	Penurunan kekuatan otot
3	5						
3	5						

4.1.3 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan

NO. DX	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
1.	11 Maret 2025	Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral dibuktikan dengan : DS : Klien mengatakan merasa Pusing DO : Ku Lemah Tingkat Kesadaran Coposmentis GCS : 4,5,6 CRT < 2 Detik TD : 161/90 mmHg N : 72x/menit RR : 20x/menit S : 36,7°C SPO2 : 97% Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : • Acute infark di capsula eksterna kiri • Arteriosclerosis MCA kanan kiri Foto Thorax PA/AP : • Cardiomegaly disertai elongasi dan aortoklerosis • Suspek Bronchitis		

-
2. 11 Maret 2025 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan :

DS :

Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah

DO :

- 1) Tangan dan kaki sebelah kanan tampak lemah
 - 2) Kekuatan otot

3	5
3	5
 - 3) Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan
 - 4) Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga
 - Mandi disibin
 - Ganti pakaian
 - Makan
-

4.1.4 Perencanaan

Tabel 4.10 Perencanaan

No.	Tanggal	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasionalisasi	Tanda Tangan
1	11 Maret 2025	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1) Tingkat kesadaran membaik 2) Sakit kepala berkurang 3) TTV dalam batas normal TD : 110-140/70-90 mmHg N : 60-100x/menit RR : 16-24x/menit S : 36°-37,5°C SPO2 : 95-100%	1) Berikan penjelasan kepada keluarga tentang penyebab peningkatan akibat TIK 2) Observasi tanda-tanda vital pada tekanan darah 3) Anjurkan klien bedrest total 4) Berikan posisi 15-30 dengan bantal tidur 5) Ciptakan lingkungan yang tenang dengan batasi pengunjung 6) Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat	1) Mengetahui penyebab peningkatan tekanan intrakranial 2) Mengetahui tanda dan gejala 3) Untuk mencegah perdarahan tulang 4) Mengurangi tekanan arteri dan memperbaiki sirkulasi darah 5) Meningkatkan kenyamanan dan mencegah perdarahan dalam kasus CVA lainnya. 6) Mempertahankan pernapasan normal	
2	11 Maret 2025	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Kelemahan fisik menurun 4) Klien dapat memenuhi kebutuhan secara mandiri	1) Identifikasi adanya nyeri 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4) Monitor kondisi umum melakukan mobilisasi 5) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 6) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan 7) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 8) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	1) Memantau adanya nyeri 2) Memantau klien dalam melakukan pergerakan 3) Memantau adanya perubahan frekuensi jantung dan tekanan darah 4) Mengetahui kondisi umum klien 5) Memberikan kenyamanan dan mengurangi komplikasi akibat tirah baring yang lama 6) Meningkatkan keamanan klien 7) Membantu klien dan keluarga mengetahui tujuan dilakukan mobilisasi 8) Melatih kekuatan otot dalam pergerakan	

4.1.5 Pelaksanaan

Tabel 4.11 Pelaksanaan

NO.	TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TINDAKAN/ IMPLEMENTASI	TANDA TANGAN
1	11/03/2025	Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral dibuktikan dengan : DS : Klien mengatakan pusing DO : Ku lemah Tingkat Kesadaran Composmentis GCS : 4,5,6 CRT : ≥ 2 Detik TD : 161/90mmHg N : 72x/menit RR : 20x/menit S : 36,7°C SPO2 : 99% Pemeriksaan penunjang : CT-Scan dengan bacaan : - Acute infark di capsula eksterna kiri - Arteriosclerosis MCA kanan kiri - Foto Thorax PA/AP : • Cardiomegaly disertai elongasi dan aortoklerosis • Suspek Bronchitis	1. Melaksanakan (BHSP) 2. Melakukan observasi terhadap tanda-tanda vital secara berkala. 3 Mengatur posisi tidur pasien dengan elevasi kepala 30–45° dan memastikan posisi leher dalam keadaan netral (tidak dalam posisi fleksi) setiap 2 jam. 4. Melakukan pemantauan terhadap tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial (TIK). 5. Menyediakan lingkungan yang tenang dan nyaman serta memasang pengaman tempat tidur (bed rail) untuk mencegah risiko cedera. 6. Menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi ekstremitas atas (MIKA) dan ekstremitas bawah (MIKI) secara bertahap sesuai kemampuan	
	15.30			
	15.40			
	15.50			
	16.00			
	16.30			
	17.00		7. Melakukan pemberian injeksi Citicoline 500 mg, injeksi Norages 500 mg sesuai instruksi medis.	

NO.	TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TINDAKAN/ IMPLEMENTASI	TANDA TANGAN
2	11/03/2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan :	1. Melaksanakan tindakan Basic Human Support Procedure (BHSP) sesuai kebutuhan klien.	
	15.35			
	15.45	DS : Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah DO : 1) Tangan dan kaki sebelah kanan tampak lemah 2) Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$	2. Melakukan pengukuran dan observasi tanda-tanda vital secara berkala untuk memantau kondisi fisiologis pasien. 3. Memberikan posisi tidur semifowler selama 2 jam untuk meningkatkan kenyamanan dan memperbaiki ventilasi paru.	
	15.55	3) Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan	4. Mengatur posisi tidur pasien secara bergantian ke kanan dan kiri setiap 2 jam guna mencegah dekubitus dan meningkatkan sirkulasi.	
	16.10	4) Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga -Mandi disibin -Ganti pakaian -Makan	5. Menganjurkan keluarga untuk berpartisipasi dalam membantu aktivitas harian klien guna mendukung proses pemulihan.	
	17.00		6. Melaksanakan pemberian injeksi Citicoline 500 mg dan Norages 500 mg sesuai instruksi medis.	

4.1.6 Evaluasi

Tabel 4.12 Evaluasi

NO. DX	TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KETERANGAN
D.0017	11/03/2025 20.00	Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral: DS : Klien mengatakan pusing DO : Ku lemah Tingkat Kesadaran : Composmentis GCS : 4,5,6 CRT < 2 Detik TD : 161/90 mmHg N : 72x/menit RR: 20x/menit S : 36,7°C SPO2 : 99% Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : • Acute infark di capsula eksterna kiri • Arteriosclerosis MCA kanan kiri -Foto ThoraxPA/AP : • Cardiomegaly disertai elongasi dan aortoklerosis • Suspek Bronchitis	S : Klien mengatakan masih merasa pusing O : Ku lemah Tingkat Kesadaran Composmentis GCS : 4,5,6 CRT ≥2 Detik TD : 142/94mmHg Nadi :72x/menit Suhu : 36,4°C RR : 20x/menit SPO2 : 99 % A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2,3,4,5,6

D.0054	11/03/2025	Gangguan mobilitas fisik	
	20.00	berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan : DS : Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah DO : 1) Tangan dan kaki tampak lemah 2) Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ 3) Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan 4) Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga 2) Mandi disibin 3) Ganti pakaian 4) Makan	S : Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan terasa lemah O : - Tangan dan kaki tampak lemah - Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ - Gerakan terbatas pada bagian bahu sebelah kanan - Terlihat ekstremitas kanan sedang dilatih digerakkan dibantu keluarga - ADL dibantu keluarga - Mandi disibin Ganti pakaian Makan A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 3,4,5,6,8

4.1.7 Catatan Perkembangan

Tabel 4.13 Catatan Perkembangan

TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEP.	IMPLEMENTASI	EVALUASI (S O A P)
12/03/2025	Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif b/d infark serebral dibuktikan dengan :	1) Mengobservasi TTV 2) Memberikan injeksi IV : Citicolin 500 mg Norages 500 mg 3) Melakukan pemantauan terhadap tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial (TIK). 4) Mengatur posisi tidur pasien dengan elevasi kepala 15–30° dan memastikan posisi leher dalam keadaan netral (tidak dalam posisi fleksi) setiap 2 jam. 5) Mempertahankan lingkungan yang tenang dengan membatasi penunggu	Jam 09.00 WIB S : Klien mengatakan masih sedikit pusing dan hilang timbul O : Ku lemah TTV Tingkat Kesadaran Composmentis GCS 4,5,6 CRT <2 Detik TTV : TD : 161/90 mmHg N : 72x/menit RR:20x/menit S : 36,7°C SPO2 : 99% Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : • Acute infark di capsula eksterna kiri • Arteriosclerosis MCA kanan kiri -Foto ThoraxPA/AP : • Cardiomegaly disertai elongasi dan aortoklerosis • Suspek Bronchitis
08.00			
08.15	DS : Klien mengatakan pusing		
08.30	DO : Ku lemah		
08.45	Tingkat Kesadaran Composmentis GCS 4,5,6 CRT < 2 Detik TTV : TD : 161/90 mmHg N : 72x/menit RR:20x/menit S : 36,7°C SPO2 : 99% Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : • Acute infark di capsula eksterna kiri • Arteriosclerosis MCA kanan kiri -Foto ThoraxPA/AP : • Cardiomegaly disertai elongasi dan aortoklerosis • Suspek Bronchitis		Jam 13.00 WIB S : Klien mengatakan pusing sudah berkurang O : Ku mulai membaik Tingkat Kesadaran Coposmentis GCS : 4,5,6 CRT < 2 Detik TTV : TD: 138/77 mmHg Nadi : 74x/menit Suhu : 36,5°C RR : 20x/menit SPO2 : 98% A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1,2,4

12/03/2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan :	1) Membantu pasien melakukan perubahan posisi miring ke kanan dan kiri setiap 2 jam untuk mencegah dekubitus dan meningkatkan sirkulasi.	<u>Jam 09.00 WIB</u>
08.30			S : Klien mengatakan tangan dan kaki kanan lemah berkurang
08.40	DS : Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah	2) Memasang pagar tempat tidur (bed rail) untuk menjaga keamanan pasien dan mencegah risiko jatuh.	O : - Tangan dan kaki kanan tampak lemah berkurang
08.50	DO : 1) Tangan dan kaki kanan tampak lemah 2) Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$	3) Menjaga kebersihan tempat tidur pasien agar tetap bersih dan kering guna mencegah infeksi dan meningkatkan kenyamanan.	- Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ - Gerakan terbatas bahu kanan belum bisa digerakan sebelah kanan - ADL sebagian dibantu keluarga
	3) Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan 4) Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga		A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1,2,3
	- Mandi disibin - Ganti pakaian - Makan		<u>Jam 13.00 WIB</u>
			S : Klien mengatakan kaki dan tangan kanan lemah berkurang
			O : - Tangan dan kaki tampak lemah berkurang
			- Kekuatan otot
			$\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$
			- Gerakan terbatas bahu kanan belum bisa digerakan
			- ADL sebagian dibantu keluarga
			A : Masalah belum teratasi
			P : Lanjutkan intervensi 1,2,3

13/03/2025	Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif bd	1) Memberikan injeksi IV : Citicolin 500 mg	Jam 07.30 WIB
07.30	infark serebral dibuktikan dengan :	2) Mengobservasi TTV	S :
09.45	DS :	3) Mempertahankan posisi kepala ditinggikan 15-30° selama 2 jam	Klien mengatakan sudah tidak pusing
10.25	Klien mengatakan pusing		O :
	DO :		Ku baik
	Ku lemah		Tingkat Kesadaran Composmentis GCS 4,5,6
	Tingkat Kesadaran Composmentis GCS 4,5,6 CRT ≤ 2 Detik TTV : TD : 161/90 mmHg N : 72x/menit RR: 20x/menit S : 36,7°C SPO2 : 99% Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : • Acute infark di capsula eksterna kiri • Arteriosclerosis MCA kanan kiri		CRT ≤ 2 Detik TTV TD : 140/90 mmHg Nadi 88x/menit Suhu 36,2°C RR : 20/menit SPO2 : 98% A : Masalah teratasi • Klien tidak mengeluh pusing • Tekanan darah membaik
	-Foto ThoraxPA/AP : • Cardiomegaly disertai elongasi dan aortoklerosis • Suspek Bronchitis		P : Lanjutkan intervensi 2 Jam 13.00 WIB S : Klien mengatakan sudah tidak merasa pusing O : Ku baik Tingkat kesadaran composmentis, GCS 456 CRT kembali ≤ 2 detik TTV : TD: 138/86 mmHg

Nadi : 86x/menit

Suhu : 36,1°C

RR : 20x/menit

SPO2 : 98%

A :

Masalah teratasi

P :

Hentikan intervensi pasien

KRS

13/03/2025	Gangguan mobilitas fisik	Jam 07.30 WIB	
07.35	berhubungan dengan gangguan neuromuskular	1) Membantu memposisikan pasien dalam posisi yang nyaman guna meningkatkan relaksasi dan mengurangi ketegangan otot. 2) Membimbing pasien dalam melakukan latihan gerak aktif dan pasif, seperti menggenggam dan membuka jari-jari tangan serta kaki, untuk mempertahankan kekuatan dan rentang gerak sendi.	S : Klien mengatakan tangan dan kaki lemah berkurang
08.50	dibuktikan dengan :		O :
09.40	DS : Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah		- tangan dan kaki sudah sedikit sedikit bisa digerakan - gerakan terbatas bahu sudah mulai bisa digerakan sedikit - ADL sebagian dibantu Keluarga - Kekuatan otot
10.25	DO : 1) Tangan dan kaki kanan tampak lemah 2) Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ 3) Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan 4) Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga - Mandi disibin - Ganti pakaian - Makan		$\begin{array}{r l} 4 & 5 \\ \hline 4 & 5 \end{array}$ A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 2
		Jam 13.00 WIB	
		S : Klien mengatakan tangan dan kaki kanan lemah berkurang	O : - tangan dan kaki sudah sedikit sedikit bisa Digerakan - gerakan terbatas bahu sudah bisa digerakan Sedikit - ADL sebagian dibantu Keluarga - Kekuatan otot
		$\begin{array}{r l} 4 & 5 \\ \hline 4 & 5 \end{array}$	A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan keluarga di rumah

4.1.8 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4.14 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

NO.	ANALISIS
1.	PENGKAJIAN
1) Identitas klien Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register, diagnosa medis (Tarwoto, 2013).	Nama : Ny. S, umur : 75 tahun, jenis kelamin : Perempuan, pendidikan : SD, agama : Islam, alamat : RT.14/Rw.03, kedungsigit, Karang Trenggalek. Tidak terdapat Kesenjangan
2) Keluhan utama Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan Kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran (Tarwoto, 2013).	Saat MRS : klien mengatakan merasa pusing, tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah Saat pengkajian : klien mengatakan pusing, tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah Tidak terdapat Kesenjangan
3) Riwayat penyakit sekarang Serangan CVA biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi kepala nyeri, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lain. (Tarwoto, 2013),.	Klien mengatakan, pada tanggal 10 Maret 2025 sekitar pukul 09.00 WIB pagi setelah berjualan di pasar lalu px mandi dan duduk di depan tv sambil memakai kipas angin tiba-tiba klien merasa kepalanya sangat pusing dan anggota badan sebelah kanan terasa lemah dan tiba-tiba px tidak sadarkan diri . Px langsung dibawa oleh pihak keluarga ke klinik dekat rumah pukul 13.00 dan langsung di larikan ke IGD RSUD dr. Soedomo trenggalek sampai IGD pukul 13.45 dan Px dipindah ke ruangan Unit Stroke untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut. Tidak terdapat Kesenjangan
4) Riwayat penyakit dahulu Adanya riwayat penyakit hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus dengan kontrasepsi penggunaan obat-obatan, kegemukan (Parwati & Indah, 2022)	Klien mengatakan mempunyai Riwayat Hipertensi dan sebelumnya juga mempunyai riwayat kolestrol dan asam urat. Tidak terdapat Kesenjangan

5) Riwayat penyakit keluarga biasanya ada riwayat keluarga menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus. (Tarwoto, 2013)	Klien mengatakan keluarga juga memiliki riwayat darah tinggi/Hipertensi	Tidak terdapat Kesenjangan
6) Pengkajian psikososial Tingkat kesadaran Tingkat kesadaran pasien, dan koma. merupakan indicator pertama status neurologis pasien. Berdasarkan tingkat kesadaran terdiri dari composmentis, apatis, latergi, delirium, samnolen dan nilai GCS 4-5-6 dengan memperhatikan respon membuka mata(1-4), respon verbal (1-5), respon motorik (1-6) . (Tarwoto,2013). Pola interaksi dan komunikasi Biasanya klien tidak mampu menjawab pertanyaan dari perawat ataupun petugas medis lain karena gangguan <i>disatria</i> (pelo, cedal), <i>disfonia</i> (serak, bindeng), <i>afasia</i> (gangguan berbahasa), <i>aleksia</i> (kehilangan kemampuan membaca sebelumnya. (Anggraeni, 2023) Orientasi Mengaitkan keadaan sekitar dengan pengalaman lampau. Tanya orientasi tempat, aktu, orang dan situasi. Siapa namanya?, hari apa sekarang? Jam berapa? Sekarang berada dimana, siapa yang menunggu sekarang? (Tarwoto,2013). Memori Dalam memori di klafisikasikan menjadi memori segera, memori jangka pendek, memori jangka panjang. Memori segera menyebutkan angka dan pasien mengulanginya. Tes memori jangka pendek berupa verbal dan visual. Memori jangka panjang menanyakan data pribadi pasien. Suasana hati (mood) Mengkaji suasana hati dengan dilihat dari ekspresi wajah dan perilaku pasien mestinya sedih, datar atau sealiknya. (Tarwoto,2013).	Tingkat kesadaran composmentis Mampu menjawab pertanyaan dari perawat tanpa ada gangguan berbicara cedal/pelo Mampu mengingat namanya Ny. S, mampu mengingat dimana sekarang dan hari apa. Di rumah sakit Mampu menyebutkan nama pasien Ny. S, umur 75 tahun, alamat Kedungsigit, Karang Trenggalek Ny.S mampu tersenyum dan tertawa ketika diajak bercanda	Tidak terdapat Kesenjangan Terdapat Kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu klien tidak mengalami gangguan disatria klien mampu berbicara dengan jelas tanpa ada gangguan berbicara cedal/pelo Tidak terdapat Kesenjangan Tidak terdapat Kesenjangan Tidak terdapat Kesenjangan

7) Pola aktivitas sehari-hari Aktivitas dan istirahat Gejala : klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena mengalami kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot). Tanda : gangguan tonus otot, parilitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran.	Klien mengatakan pada siang tidur pukul 12.00-13.30 WIB, pada malam hari sekitar pukul 21.00 WIB sampai 05.00 WIB Keluarga klien mengatakan sejak masuk ruangan, klien mengalami kesulitan tidur karena suara bising dan ketika petugas medis datang.	Tidak terdapat Kesenjangan
8) Pola eliminasi Pasien CVA (Cerebro Vascular Accident) mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. (Pangestu, 2023)	Di rumah : Klien mengatakan pipis sehari 4-5x, berwarna kuning jernih, berbau khas. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien B A K sering $\pm$ 4-5 kali sehari menggunakan pispot dibantu oleh keluarga, dengan warna kekuning – kuning dan bau khas urine.menggunakan pispot Di rumah : Klien mengatakan BAB sehari sekali pada pagi hari, berwarna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, dan berbau khas. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien BAB 1x selama di RS berwarna kuning kecoklatan, konsistensi lunak, dan berbau khas.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yang ditemukan selama penelitian klien tidak ditemukan tanda gejala adanya perubahan pola berkemih

9) Pola makan Pada klien dengan CVA terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut ,kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan disfagia dan kesulitan untuk menelan. Adanya Riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah ditandai dengan kesulitan menelan dan obesitas (Lestari et al, 2019).	Di rumah : Klien mengatakan makan sehari 3x sehari pada pagi, sore, malam dengan komposisi nasi, lauk, sayur. Di RS : klien mengatakan, selama di rumah sakit klien makan 3 kali sehari makanan yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan lunak Klien mengatakan menghabiskan porsi makanan yang diberikan. Klien diberikan jenis makanan TKTP, RG, RL	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta yaitu pada teori umumnya pasien CVA mengalami kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual dan muntah, tetapi pada fakta yang ditemukan selama penelitian klien makan dan minum dengan baik dan tidak ada keluhan
10) Personal hygiene Pada penderita stroke dengan hemiplegi dan hemiparase akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan sibil dan oral hygiene. (Tarwoto, 2013).	Di rumah : Klien mengatakan setiap hari mandi 2x pada pagi dan sore hari. Mencuci rambut 3 hari sekali dan memotong kuku ketika panjang. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien hanya disibil pada sore hari.	Tidak terdapat kesenjangan
11) Pola aktivitas Dalam beraktivitas klien mengalami kesulitan melakukan Gerakan karena pada pasien hemiplegia akan mengalami kelumpuhan pada salah satu anggota gerak sedangkan pada pasien hemiparesis rentang dalam bergerak karena salah satu tangan, kaki atau wajah mengalami kelumpuhan (Hello sehat, 2018).	Di rumah : Klien mengatakan dirumah klien dapat beraktivitas tanpa bantuan Di RS : Keluarga klien mengatakan klien hanya dapat berbaring di tempat tidur dan aktivitas sehari-hari sebagian dibantu keluarga	Tidak terdapat kesenjangan

12) Keadaan umum Keadaan umum : Biasanya klien CVA mengalami badan lemaah (<i>letarge</i>), nyeri kepala (<i>cheplgia</i>) , penurunan kesadaran (<i>apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma</i>). Terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30 mmHg), peningkatan suhu (>37oC), nadi takikardi,pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Tarwoto, 2013).	Keadaan umum lemah, Kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6, ekstremitas dextra lemah, terpasang infus di tangan Kanan dengan cairan infus Natrium Cloride 0,9% 14 tpm.	Tidak terdapat kesenjangan
13) Tanda-tanda vital tekanan darah meningkat, denyut nadi tidak beraturan, pada beberapa kasus sering dijumpai adanya masalah bersihan jalan nafas pada sistem pernafasan dan tidak terdapat kenaikan suhu tubuh. (Tarwoto,2013)	TD : 161/90 mmHg N : 72x/menit RR : 20x/menit S : 36,7°C SPO2 : 99%	Tidak terdapat kesenjangan

14) Pemeriksaan kepala dan wajah

Kepala

Inspeksi : Mengetahui bagaimana penyebaran rambut, Bentuk kepala bulat, persebaran rambut tidak *alopesia*, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan merata, warna rambut hitam sedikit beruban, tidak hematoma yang dapat diindikasikan adanya trauma kepala. ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi Biasanya terdapat nyeri tekan yang bisa diindikasikan pada pergerakan pada kepala tekanan intrakranial (Tarwoto, 2013).

Tidak terdapat kesenjangan

Wajah

Terdapat *hemiparesis/hemiplegia*, wajah mencong ke arah salah satu sisi, wajah pucat. Tidak terdapat nyeri tekan. (Tunik, 2022)

Wajah tidak melencong, wajah pucat, tidak ada nyeri tekan pada wajah

Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu pada fakta yang ditemukan selama penelitian klien tidak terdapat hemipareisi/hemiplegia

Telinga

Telinga biasanya sejajar antara kanan dan kiri, kebersihan telinga, telinga terdengar berdenging

Telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Tidak terdapat kesenjangan

Mata

Konjungtiva biasanya pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan yang diakibatkan kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil anisokor dapat ditemukan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran, penglihatan dan lapang pandang kurang padasisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi paralisis pada sisi otot okularis yang sakit. (Esa, 2020)

Simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sklera putih, pupil isokor, lapang pandang jauh, pandangan tidak kabur tidak mengalami penurunan penglihatan.

Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, fakta yang di temukan selama penelitian klien tidak mengalami penurunan penglihatan

Mulut dan faring

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 klien kesulitan dalam membersihkan secara mandiri, distatiria, afasia (Nursalam, 2009).

Mulut simetris kanan dan kiri, mukosa bibir lembab tidak terdapat sianosis, keadaan mulut dan lidah bersih klien dapat mengunyah dan tidak mengalami kesulitan menelan, bicara tidak pelo

Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu pada klien tidak mengalami kesulitan menelan

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan.

15) Pemeriksaan leher Kaku kuduk jarang terjadi Tidak terdapat benjolan, tidak terdapat vena jugularis, tidak terdapat kelenjar tyroid(Tarwoto,2013)	Tidak terdapat pembesaran vena jugularis, trakea tepat ditengah, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid.	Tidak terdapat kesenjangan
16) Pemeriksaan dada/thorax Bentuk <i>thoraks</i> biasanya normal atau adalah kelainan seperti <i>pigeon chest</i> (bentuk dada burung), <i>funnel chest</i> (bentuk dada cekung), <i>barrel chest</i> (mengembung), pemeriksaan dada frekuensi pernapasan, biasanya bunyi normal (sonor) Auskultasi trakea suara yang didengar adalah <i>bronchial</i> , auskultasi bronkus suara yang didengar adalah <i>bronkovesikuler</i> , dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar <i>ronchi</i> , <i>wheezing</i> ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Tarwoto,2013)	Inspeksi : bentuk dada normal chest, tidak terdapat retraksi intercosta, RR 20x/menit, tidak terdapat pulsasi. Palpasi : tidak teraba nyeri tekan, tidak terapat pembengkakan, terdapat getaran yang sama pada lapang parukanan dan kiri. Perkusi : suara paru sonor Auskultasi : tidak terdapat suara napas tambahan	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta pada klien fakta yang ditemukan selama penelitian klien tidak didapatkan suara nafas tambahan
17) Pemeriksaan abdomen Biasanya perut datar, terdapat penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama, tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan. (Tarwoto,2013)	Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak terdapat benjolan Auskultasi : terdapat penurunan peristaltik, bising usus 6x/menit Perkusi : suara perkusi tympani Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat pembesaran hepar	Tidak terdapat kesenjangan
18) Pemeriksaan integumen Apabila klien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Selain itu perlu juga dikaji adanya tanda-tanda decubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bedrest selama 2-3 minggu. (Tarwoto,2013)	Inspeksi : kulit tampak lembab, tidak terdapat lesi, tidak terdapat dekubitus. Palpasi : Turgor kulit kembali <2 detik, akral hangat, CRT <2 detik, suhu tubuh 36,7 °C	Tidak terdapat kesenjangan

19) Pemeriksaan ekstremitas	Simetris kanan dan kiri, aktivitas dibantu	
Pada pasien stroke biasanya ditemukan <i>hemiplegi paralisis</i> atau <i>hemiparase</i> , mengalami kelemahan otot (Tarwoto, 2013).	keluarga, kekuatan otot $\begin{array}{r} 3 \quad 5 \\ \hline 3 \quad 5 \end{array}$	Tidak terdapat kesenjangan
20) Pemeriksaan genetalia dan anus		
Pada klien dengan CVA didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urin, anuria, distansi abdomen (distansi kemih berlebih) (Doengoes, 2000).	Klien tidak terpasang selang kateter Tidak mengalami inkontinensia	Terdapat kesenjangan antara Teori dan fakta pada fakta yang ditemukan selama penelitian klien tidak mengalami inkontinensia

21) Pemeriksaan neurologi		
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.	1) Nervus Olfaktorius Klien disuruh menutup mata dan diberikan bau bau minyak kayu putih, dan klien dapat mengenali bau tersebut	Tidak terdapat kesenjangan
Nervus II (Optikus) : gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Biasanya lapang pandang klien baik 90°, visus 6/6.	2) Nervus Optikus Klien mampu membuka mata secara spontan dan mampu melihat	
Nervus III (Okulomotoris) : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata.	3) Nervus Okulomotorius Pupil mampu mengecil saat terkena cahaya	
Nervus IV (Trochlearis) : klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah.	4) Nervus Trochlearis Klien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah	
Nervus V (Trigeminus) : klien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada klien koma ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka klien menutup kelopak mata.	5) Nervus Trigeminus Klien mampu merasakan sentuhan	
Nervus VI (Abducens) : klien dapat mengikuti tangan perawat	6) Nervus Abducens	

ke kanan dan ke kiri.	Klien mampu menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri
Nervus VII (Fasialis) : lidah bisa mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, bibir simetris dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin.	7) Nervus Facialis Klien mampu untuk berekspresi (meringis, tersenyum)
Nervus VIII (Vestibulococlearis) : klien kurang dapat mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung pada dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.	8) Nervus Vestibulococlearis Klien mampu mendengar dengan baik, klien tidak mampu menjaga keseimbangan
Nervus IX (Glossofaringeus) : ovule yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan, dan klien dapat merasakan asam urat.	9) Nervus Glossofaringeus Klien mampu membedakan rasa makanan
Nervus X (Vagus) : kemampuan klien tidak baik, kesulitan membuka mulut.	10) Nervus Vagus Klien mampu menelan ludah dan makanan
Nervus XI (Asesorius) : klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.	11) Nervus Asesorius Klien hanya mampu menggerakkan bahu sebelah kiri
Nervus XII (Hipoglossus) : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.	12) Nervus Hipoglossus Klien mampu menjulurkan lidah dan mampu menariknya kembali

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1) Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral	1) Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral.	Terdapat kesenjangan antara teori dan Fakta yaitu pada Teori ditemukan 7 Diagnosa pada penderita CVA sedangkan pada penelitian hanya ditemukan 2 diagnosa yang muncul pada klien
2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler	2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular	
3) Gangguan Presepsi sensori		
4) Gangguan Komunikasi verbal		
5) Resiko gangguan nutrisi		
6) Defisit perawatan diri		
7) Gangguan eliminasi urine		

INTERVENSI		
Intervensi : Intervensi : disusun seusai teori menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), yaitu : 1) Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). 2) Dukungan Mobilisasi (I.05173)	Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral Berikan penjelasan kepada keluarga tentang penyebab peningkatan akibat TIK Observasi tanda tanda vital pada tekanan darah Anjukan klien bedrest total Berikan posisi 15-30 dengan bantal tidur Ciptakan lingkungan yang tenang dengan batasi pengunjung Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Intervensi : Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Monitor kondisinumum selama melakukan mobilisasi Monitor tekanan darah sebelum mealkukan mobilisasi Fasilitasi melakukan pergerakan Libatkan keluarga membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Jelaskan tujuan prosedur mobilisasi	Tidak Terdapat kesenjangan

IMPLEMENTASI		
Implementasi	Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons Pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan menilai data yang baru. (Minannisa, 2020) Implementasi yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah disusun.	Terdapat kesenjangan Implementasi yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah ditetapkan. Pada saat peneitian tidak semua intervensi dapat dilakukan tindakan kepada klien.
EVALUASI		
Evaluasi	Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan Pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Iswara, 2020) Diagnosa 1 S : Klien mengatakan pusing sudah berkurang O : Ku lemah	Tanggal 11 Maret 2025 Mengevaluasi klien sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan untuk mengetahui adanya perkembangan.

Tingkat Kesadaran Coposmentis

GCS : 4,5,6

CRT $\leq$ 3 Detik

TTV

TD : 142/94mmHg

Nadi : 72x/menit

Suhu : 36,4°C

RR : 20x/menit

SPO2 : 99 %

A :

Masalah teratasi sebagian

P :

Lanjutkan intervensi 2,3,4,5,6

Diagnosa 2

S :

Klien mengatakan kaki dan tangan kanan lemah berkurang

O :

- Tangan dan kaki tampak lemah berkurang

- Kekuatan otot

$\frac{3}{3} \mid \frac{5}{5}$

- Gerakan terbatas bahu kanan belum bias digerakan

- ADL sebagian dibantu keluarga

A :

Masalah belum teratasi

P :

Lanjutkan intervensi 3,4,5

Tanggal 12 Maret 2025

Diagnosa 1

S :

Klien mengatakan pusing sudah berkurang

O :

Ku mulai baik

Tingkat Kesadaran Coposmentis

GCS : 4,5,6

CRT $\leq$ 2 Detik

TTV

TD: 138/77 mmHg

Nadi : 74x/menit

Suhu : 36,5°C

RR : 20x/menit

SPO2 : 98%

A :

Masalah teratasi sebagian

P :

Lanjutkan intervensi 1,2,4

Diagnosa 2

S :

Klien mengatakan kaki dan tangan kanan lemah
berkurang

O :

- Tangan dan kaki tampak lemah berkurang
- Kekuatan otot

$\frac{3}{3} | \frac{5}{5}$

- Gerakan terbatas bahu kanan belum bisa digerakan
- ADL sebagian dibantu keluarga

A :

Masalah belum teratasi

P :

Lanjutkan intervensi 1,2,3

Tanggal 13 Maret 2025

Diagnosa 1

S :

Klien mengatakan sudah tidak merasa pusing

O :

Ku membaik

Tingkat kesadaran composmentis, GCS 456,
CRT ≤ 2 Detik

TTV :

TD: 138/86 mmHg

Nadi : 86x/menit

Suhu : 36,1°C

RR : 20x/menit

SPO2 : 98%

A :

Masalah teratasi

P : Hentikan intervensi pasien pulang (KRS)

Diagnosa 2

S :

- Klien mengatakan tangan dan kaki kanan lemah berkurang

O :

- tangan dan kaki sudah sedikit sedikit bisa digerakan gerakan terbatas bahu sudah bisa digerakan sedikit
- ADL sebagian dibantu keluarga
- Kekuatan otot 4,5,4,5

A :

- Masalah teratasi sebagian

P :

- Intervensi dilanjutkan Keluarga Di Rumah
-

4.2 Pembahasan

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

4.2.1 Pengkajian

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

1) Pola interaksi dan komunikasi

Berdasarkan penelitian ditemukan pada klien Ny. S dapat berkomunikasi dengan baik klien mampu menjawab pertanyaan dari perawat tanpa ada gangguan berbicara.

Hal tersebut tidak sesuai dengan pernyataan (Anggraeni, 2023) biasanya klien tidak mampu menjawab pertanyaan dari perawat ataupun petugas medis lain karena pelo atau cedal.

Peneliti berpendapat bahwa gejala stroke dapat bervariasi pada setiap individu, tergantung pada lokasi dan tingkat keparahan lesi di otak. Apabila area otak yang berperan dalam fungsi bicara tidak terlalu terdampak, maka kemampuan komunikasi verbal pasien kemungkinan besar akan tetap terjaga.

2) Pola Eliminasi

Berdasarkan hasil penelitian atau fakta yang didapatkan klien

tidak ditemukan tanda gejala adanya perubahan pola berkemih.

Hal tersebut tidak sesuai dengan teori yang ada pasien stroke mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena kebingungan, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. (Pangestu, 2023)

Hal ini terdapat kesenjangan antara teori dan fakta pada peneliti berpendapat bahwa hal itu terjadi karena area otak yang terkena tidak mengatur eliminasi dan klien hanya mengalami stroke ringan dan gejala sementara serta klien tidak mengalami penurunan kesadaran sehingga tidak ada perubahan dalam berkemih.

3) Pola makan

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan klien Ny. S tidak ditemukan tanda kesulitan menelan dan mengunyah.

Hal tersebut tidak sesuai dengan pernyataan Tarwoto (2013) nafsu makan hilang, mual dan muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia.

Berdasarkan teori dan fakta yang ada, peneliti berpendapat bahwa kondisi pasien yang berada pada tingkat kesadaran **compos mentis**—yakni sadar penuh, orientasi baik terhadap waktu, tempat, dan orang—menunjukkan bahwa **fungsi korteks serebri**, khususnya area yang mengatur kesadaran dan regulasi sistem saraf otonom, masih utuh. Hal ini menjadi indikator penting bahwa area vital otak, seperti formatio retikularis di batang otak, tidak mengalami gangguan

berat. Selain itu, tidak ditemukannya **gangguan menelan (disfagia)** memperkuat bahwa **nervus vagus (saraf kranial X)** berada dalam kondisi baik. Nervus vagus berperan dalam mengoordinasikan otot otot faring dan laring untuk proses menelan, serta mengatur respons refleks batuk dan suara. Jika saraf ini terganggu, gejala klinis yang mungkin muncul antara lain suara serak, aspirasi makanan, atau tersedak saat menelan.

4) Pemeriksaan Wajah Dan Mulut

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan, wajah tidak melencong, wajah pucat, tidak didapatkan hemiparesis atau hemiplegia, mulut simetris kanan dan kiri dapat mengunyah dan tidak mengalami kesulitan menelan.

Hal tersebut tidak sesuai dengan pernyataan (Tunik, 2022) Terdapat hemiparesis atau hemiplegia, mulut mencong ke arah salah satu sisi wajah, wajah pucat. Serta teori 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 klien kesulitan dalam membersihkan secara mandiri, distartia, afasia (Nursalam, 2009).

Berdasarkan fakta dan teori peneliti berpendapat bahwa **Ketiadaan gejala** seperti wajah asimetris, mulut mencong, dan

disfagia pada pasien stroke menunjukkan bahwa area otak atau batang otak yang mengontrol saraf kranial V, VII, IX, dan X kemungkinan besar tidak terkena dampak. Hal ini juga mengarah pada kemungkinan bahwa **stroke tidak mengenai area motorik kortikal bawah atau batang otak**, dan cenderung terbatas pada area lain (seperti lobus frontal atas atau parietal) yang tidak secara langsung memengaruhi fungsi-fungsi tersebut.

5) Pemeriksaan Mata

Berdasarkan penelitian didapatkan mata Simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sklera putih, pupil isokor, lapang pandang jauh tidak mengalami penurunan penglihatan maupun kesadaran.

Data ini terdapat adanya kesenjangan antara teori dan fakta. Hal tersebut tidak sesuai dengan pernyataan (Esa, 2020) pada teori Konjungtiva biasanya pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan yang diakibatkan kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil anisokor dapat ditemukan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran, penglihatan dan lapang pandang kurang pada sisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi paralisis pada sisi otot okularis yang sakit.

Berdasarkan teori dan fakta yang ada peneliti berpendapat bahwa hal itu terjadi karena pada klien tidak ditemukan adanya gangguan di nervus optikus kondisi visual yang tetap baik pada

pasien stroke menunjukkan bahwa nervus optikus dan area pengolahan visual di otak tidak terdampak. Fakta ini memperkuat kesimpulan bahwa stroke bersifat terbatas dan tidak mengenai area neuroanatomis yang bertanggung jawab terhadap fungsi penglihatan sehingga klien tidak mengalami penurunan penglihatan serta pandangan tidak kabur.

6) Pemeriksaan dada/thorax

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil, tidak terdapat suara nafas tambahan ronchi atau wheezing pada klien.

Hal tersebut tidak sesuai dengan pernyataan Tarwoto (2013) pada pemeriksaan Paru saat di lakukan Auskultasi biasanya terdapat suara ronchi atau wheezing.

Berdasarkan teori dan fakta yang ada, peneliti berpendapat bahwa tidak ditemukannya suara nafas tambahan ronchi atau wheezing pada klien disebabkan tidak terdapat sekret di saluran napas karena pasien dalam keadaan sadar penuh, sehingga refleks batuk dan mekanisme pembersihan jalan napas masih berfungsi secara optimal

7) Pemeriksaan genetalia

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil, klien tidak terpasang selang kateter serta tidak mengalami inkontinensia atau retensi urin.

Hal tersebut tidak sesuai dengan pernyataan (Doengoes, 2000) Pada klien dengan CVA didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urin, anuria, distansi abdomen (distansi kemih berlebih)

Berdasarkan teori dan fakta yang ada peneliti berpendapat hal itu terjadi karena adanya gangguan penyumbatan darah ke otak sebelah kanan dan tidak mempengaruhi masalah pada sistem perkemihan. Sehingga, klien masih bisa merasakan rangsangan untuk berkemih menggunakan pispot.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahwa Terdapat kesenjangan antara Teori dan Fakta yaitu pada Teori ditemukan 7 Diagnosa pada penderita CVA sedangkan pada penelitian hanya ditemukan 2 diagnosa yang muncul pada klien yaitu *Resiko Perfusi Jaringan Serebral tidak efektif* berhubungan dengan infark serebral dan *Gangguan Mobilitas Fisik* berhubungan dengan gangguan penurunan kekuatan otot.

Menurut NANDA 2016 adapun diagnosa keperawatan CVA *Infark* yang mungkin muncul adalah *Perfusi jaringan serebral tidak efektif* berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, peningkatan tekanan intrakranial, infark serebral. *Gangguan mobilitas fisik* berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan, parestesia, paralisis. *Gangguan perawatan diri* : ADL berhubungan dengan defisit neuromuskuler, menurunnya kekuatan otot dan daya tahan. *Gangguan komunikasi verbal* berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neuromuskuler, kelemahan umum. *Gangguan persepsi Sensori* berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, integritas, stress. *Gangguan eliminasi*

urine : inkontinensia fungsional sehubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan komunikasi. *Gangguan eliminasi alvi* (Konstipasi) berhubungan dengan imobilisasi, intake cairan yang tidak adekuat.

Berdasarkan hasil analisa data ada beberapa gejala yang tidak muncul pada hasil. Sehingga peneliti merumuskan Diagnosa yang muncul pada berdasarkan pada klien yaitu Resiko Perfusi Jaringan *Serebral* tidak efektif berhubungan dengan infark serebral dan Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

4.2.3 Intervensi keperawatan

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

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Nurarif Huda, 2016).

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

yang berlaku pada lokasi pengambilan data.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

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

Secara teori, implementasi atau pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan menilai data yang baru (Minannisa, 2020).

Oleh karena itu, seorang perawat harus memiliki pengetahuan dan skill keperawatan mengenai tindakan yang dilakukan terhadap kasus yang ditangani, sehingga semua intervensi yang telah dirumuskan dapat dilaksanakan dengan baik dan dapat menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami klien, karena tidak semua intervensi dapat dilakukan tindakan kepada klien.

4.2.5 Evaluasi

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP yang bertujuan untuk memudahkan pemantauan perkembangan klien. Peneliti melaksanakan evaluasi

keperawatan pada klien selama 3 hari. Saat melakukan evaluasi sampai hari ketiga, pada hari kedua kondisi klien sudah ada sedikit perubahan.

Berdasarkan teori, Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan Pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Iswara, 2020)

Hal ini terjadi pada klien karena pemulihan pada penyakit CVA *Infark* membutuhkan waktu yang lama, sehingga perlu perawatan intensif dan berkelanjutan terutama pada klien yang telah mengalami kelemahan tubuh. Dan untuk perawatan selanjutnya bisa dilakukan oleh keluarga di rumah seperti latihan gerak aktif dan pasif untuk pemulihan anggota gerak yang mengalami kelemahan.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

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

5.1.1 Pengkajian

Dari data pengkajian yang telah didapatkan peneliti, ditemukan bahwa tidak semua tanda-tanda ditemukan pada Ny. “S”. Ada beberapa kesamaan dan juga kesenjangan antara teori dan fakta dari klien antara lain pada pola komunikasi, pola eliminasi, pola makan, pemeriksaan kepala, wajah, mata dan mulut, dada/thorax, pemeriksaan genitalia.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Sehubungan dengan tidak semua tanda dan gejala dari penyakit CVA di temukan pada klien, maka semua diagnose keperawatan tidak dimunculkan. Peneliti hanya merumuskan beberapa diagnose diantaranya yaitu Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan Infark Serebral dan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

5.1.3 Intervensi

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

5.1.4 Implementasi

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun peneliti. Dalam pelaksanaannya tidak semua rencana yang telah disusun dapat diimplementasikan akan tetapi intervensi yang dapat dilakukan yaitu pada diagnose Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif adalah Mengobservasi TTV, mengatur posisi tidur 30 - 45° dengan posisi leher tidak menekuk fleksi selama 2 jam, memonitor tanda gejala peningkatan TIK, memberikan lingkungan yang tenang dan nyaman pasien dengan memasang safety, menganjurkan untuk membiasakan mobilisasi Mika/Miki, dan memberikan injeksi. Sedangkan untuk diagnosa Gangguan mobilitas fisik intervensi yang dapat dilakukan yaitu Memberikan posisi nyaman dengan semifowler selama 2 jam, mengatur posisi miring kanan miring kiri selama 2 jam, menganjurkan keluarga untuk membantu aktivitas klien, dan melatih menggerakkan atau aktivitas secara bertahap. Intervensi ini hanya dilakukan sebagian karena menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien serta standar yang dilandasi penelitian.

5.1.5 Evaluasi

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

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit

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

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

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

dengan lebih baik lagi.

5.2.3 Bagi Penulis

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

5.2.4 Bagi Klien

Diharapkan klien dan keluarga dapat mengikuti semua anjuran dari para medis agar dapat mempercepat proses penyembuhan. Pada klien yang telah megalami kelemahan dapat melakukan terapi di rumah dengan cara melaksanakan gerakan aktif dan pasif, juga diharapkan klien sering kontrol ke puskesmas terdekat ataupun ke Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, N. P. (2019). *latihan Endurance Pada Penderita Pasca Stroke Iskemik*.
- Andriastuti, A. (2020). *Asuhan Keperawatan Pasien Cerebro Vaskuler Accident (Cva) Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Dan Latihan*.
- Anggraheni, D. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. J Dengan Diagnosa Medis Cva (Cerebro Vascular Accident) Infark Di Ruang Krissan .*
- Antara, D. A. (2017). *Tatalaksana Stroke pra rumah sakit ;"time is brain" Rsud karangasemkab,2*.
- AR Fadilla, P. W. (2023). *Literature review analisis data kualitatif: tahap pengumpulan data. Mitita Jurnal Penelitian*.
- Artikasari, & Septiana. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Disfagia Di Ruang Mina Dan Babusalam Di Rumah Sakit Islam Klaten*.
- Aziz, P., Haryanto, G., & Agus. (2023). *Analisis Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Pemberian Rom Pasif Kombinasi Kompres Air Hangat Di Rsud Ibnu Sina Gresik. Dspace, 22*.
- Dewi, N. (2022). *] Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik . 3*.
- Esa, o. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Konstipasi. eprints.umpo.ac.id, 36*.
- Fatkurohmah, I. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dalam Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi Urine*.
- Feriani, W. P. (2019). *Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Stroke Haemoragik Terpasang Ventilator Mekanik dengan Intervensi Inovasi Humidifikasi dan Manajemen .*
- Geneva, R. (2024). *Gambaran Karakteristik Individu Dengan Kejadian Stroke Pada Pasien Poliklinik Saraf Di Rsud Dr. Pirngadi Medan*.
- Haiga, Y. (2022). *Perbedaan Diagnosis Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragik dengan Hasil Transcranial Doppler di RSUP Dr. M. Djamil Padang*.
- Hariyanto, A., & Sulistyowati, R. (2015). *Asuhan Keperawatan Cerebro Vaskular accident. In Keperawatan Medikal Bedah 1 (p. 51). Jogjakarta: Ar-Ruzz Media*.
- Hidayat. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*.

Jakarta: salemba Medika.

Iswara. (2020). *Perencanaan Keperawatan Dalam Memberikan Tindakan Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit*.

Kusuma, N. A. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. E Dengan Diagnosa Medis Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark Di RSPAL Dr. Ramelan surabaya*. 16.

Latif, & Azzahra, N. F. (2021). *Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Lama Rawat Inap Pasien Stroke Di Rsup Dr. Wahidin Sudirohusodo*.

Listari, M. (2021). *Golden Period dalam Penatalaksanaan Stroke*.

Minannisa, C. (2020). *Konsep Dasar Dan Langkah Langkah Proses Keperawatan*.

Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.

O Ridhoi, G. G. (2024). *Profesi Dokter Berbasis Keislaman Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta Pada Layanan Di Puskesmas*. eprints.iaain-surakarta.ac.id.

Parwati, & Indah, E. (2022). *Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Aktivitas (Mobilitas Fisik) Pada Pasien Stroke Non Hemoragik*.

Pratiwi, F. P. (2022). *Asuhan Keperawatan dengan gangguan aktivitas pada kasus stroke non hemoragik*.

Putri, A., Yanti, C., & Arip, R. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Yang Diberikan Terapi Wicara A-I-U-E-O Di Ruang Flamboyan Rsud Kota*. *Jurnal Kesehatan Mahardika*, 2.

Putri, S., & Pitaloka, A. (2023). *Gambaran Pasien Infark Miokard Dengan St Elevasi Di Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Periode Januari 2022-Juni 2023*. *repository.unja*.

Rahman. (2020). *Proses Keperawatan dan Perilaku Caring Dalam Keperawatan*

Rosmary, M. T. (2020). *Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke*.

Rumina. (2024). *Tehnik Pengumpulan Data Dalam Penelitian Pendidikan*. *Islamic Learning Journal*,.

Salsabila, F. F., & Pratiwi, C. J. (2024). *Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien*

Cerebrovascular Accident (Cva) Haemoragik Dengan Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial Menggunakan Penerapan Intervensi Posisi Head Up 30° Di Ruang Rawat Inap Rsud Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto.

So'emah, N., & Eka. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA Infark Trombotik Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di RSUD Ibnu Sina Gresik. 2.*

Sugianto, R. A. (2024). DOKEP KOMPAKS : *Dokumentasi Keperawatan Komprehensif, Akurat dan Jelas.* In E. E. Intan Daryaswanti. PT. Sonpedia Publishing Indonesia,.

susantri. (2020). *asuhan keperawatan pada klien yang mengalami stroke dengan gangguan mobilitas fisik.*

Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan.*

Tunik, Agus, K. A., & Rahayu, N. (2022). *Perawatan Post Hospitalisasi Pasien Stroke yang Mengalami Imobilisasi.* Bukit Cemara Tidar Malang: Media Nusa Creative.

Valentine, O. (2023). *Pengaruh Penggunaan Transcranial Direct Current Stimulation (TDCS) Terhadap Pasien Stroke.*

Wahyudin, N. S., & Nur Dwi Ningsih, A. M. (2023). *Analisis asuhan keperawatan pada pasien cva/stroke haemoragik dengan penurunan kapasitas adaptif intrakranial menggunakan penerapan intervensi posisi head up 30° di ruang rawat inap rsud prof. Dr soekandar mojokerto.*

wahyuni, S. (2018). *Pengaruh Logoterapimedical Ministry terhadap Depresi dan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke.*

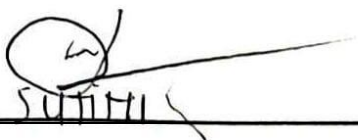
Witriastuti, A. (2023). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian dalam Activity Daily Living Pasien Pasca Stroke di poli Saraf RSM Ahmad Dahlan. 1.*

*Lampiran 1***LEMBAR INFORM CONSENT**

Nama saya Mifrokhah Hanifah Wahyu S.A Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek mengharap partisipasi Pasien sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul ***“Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan CVA (Cerebro Vascular Accident) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”*** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang Pasien rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas Pasien serta informasi yang Pasien berikan hanya akan dipergunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan di bawah ini menunjukkan bahwa Pasien atau keluarga telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Trenggalek,

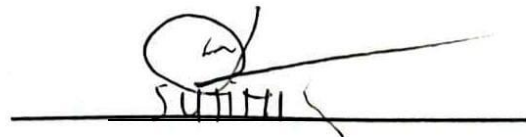


SUTRI

*Lampiran 2***LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Setelah saya membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Trenggalek yang bernama Mifrokhah Hanifah Wahyu S.A dengan judul ***“Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan CVA (Cerebro Vascular Accident) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”***. Saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menanda tangani surat persetujuan ini.

Trenggalek,

A handwritten signature in black ink, consisting of a circle with a stylized 'M' inside, followed by a long horizontal line and some additional scribbles, all written over a horizontal line.

Lampiran 3



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

Trenggalek, 24 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/90/2025

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 : MIFROKHAH HANIFAH WAHYU SEPTA ANANDA

NIM : P17240221028

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, 24 Februari s/d 31 Maret 2025 sesuai proposal terlampir.

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



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

TEMBUSAN disampaikan kepada :

- Yth. 1. Sdr. Kasi. Pelayanan Keperawatan.
 2. Sdr. Karu. Unit Stroke
 3. Peneliti.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik

Lampiran 4



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

Trenggalek, 28 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 97 /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.15.5/90/2025 tanggal 24 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : MIFROKHAH HANIFAH WAHYU SEPTA ANANDA
 NIM : P17240221028
 Program Studi : D-III Keperawatan
 Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Trenggalek

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "**Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek**". Adapun ketentuan yang harus dipenuhi peneliti, sebagai berikut:

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

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
 KABUPATEN TRENGGALEK
 Kabid Pengembangan dan Pengendalian



SUJIONO, SST, M.Kes
 Pembina
 NIP. 19741020 199603 1 003

Tembusan disampaikan kepada:

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

*Lampiran 5***FORMAT PENGKAJIAN****DATA KEPERAWATAN****BIODATA**

Nama	:
Jenis kelamin	:
Umur	:
Status perkawinan	:
Pekerjaan	:
Agama	:
Pendidikan terakhir	:
Alamat	:
Diagnosa medis	:
No. Register	:
Tgl dan jam MRS	:
Tgl dan jam Pengkajian	:
Diagnosa Medis	:

RIWAYAT KESEHATAN PASIEN

1. Keluhan utama / alasan masuk Rumah Sakit :

2. Riwayat penyakit sekarang :

3. Riwayat kesehatan yang lalu :

4. Riwayat kesehatan keluarga :

Genogram :

POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI**A. POLA TIDUR / ISTIRAHAT**

No	Pola yang dikaji	Pola di rumah	Pola di RS
1	Waktu Tidur		
2	Waktu Bangun		
3	Masalah Tidur		
4	Hal – Hal Yang mempermudah tidur		

5	Hal – Hal yang mempermudah Pasien terbangun		

B. POLA ELIMINASI :

No	Pola yang dikaji	Pola di rumah	Pola di RS
1	BAB		
2	BAK		
3	Kesulitan BAB dan BAK		

4	Upaya / cara mengatasi masalah tersebut		
---	---	--	--

C. POLA MAKAN DAN MINUM

No	Pola yang dikaji	Pola di rumah	Pola di RS
1	Jumlah dan Jenis Makanan		
2	Waktu Pemberian Makanan		
3	Jumlah dan Jenis Cairan		
4	Waktu Pemberian Cairan		

5	Pantangan dalam makan dan minum		
6	Masalah dalam pemenuhan makan dan minum		
7	Upaya mengatasi masalah		

D. KEBERSIHAN DIRI / PERSONAL HYGIENE

No	Pola yang dikaji	Pola di rumah	Pola di RS
1	Pemeliharaan badan		

2	Pemeliharaan mulut		
3	Pemeliharaan kuku		
4	Pemeliharaan rambut		

E. POLA KEGIATAN / AKTIVITAS LAIN :

No	Pola yang dikaji	Pola di rumah	Pola di RS
1	Aktivitas sehari-hari yang dilakukan		

DATA PSIKO SOSIAL

A. Konsep diri :

- Gambaran diri / Citra diri :
- Ideal diri :

- Harga diri :
- Peran :
- Identitas diri :

B. Pola peran hubungan dengan orang lain :

C. Pola seksual :

D. Pola mekanisme koping :

E. Pola kognisi dan persepsi sensori ;

- Status mental :
- Pola komunikasi :
- Orientasi :

DATA SPIRITUAL

Pola nilai dan Kepercayaan Pasien :

PEMERIKSAAN FISIK

A. Kesan umum / keadaan umum :

B. Tanda – tanda vital

Suhu tubuh : Nadi

Tekanan darah : Respirasi

Tinggi badan : Berat badan

C. Pemeriksaan kepala dan leher :

1. Kepala dan rambut

a. Bentuk kepala :

Ubun – ubun :

Kulit kepala :

b. Rambut :

Penyebaran dan keadaan rambut :

Bau :

Warna :

c. Wajah :

Warna kulit :

Struktur wajah :

2. Mata

a. Kelengkapan dan kesimetrisan :

b. Kelopak mata (Palpera) :

c. Konjungtiva dan sclera :

d. Pupil :

e. Kornea dan iris :

f. Pergerakan bola mata :

g. Ketajaman penglihatan / visus *) :

h. Medan penglihatan :

i. Tekanan bola mata *) :

Hidung

a. Tulang hidung dan posisi septum nasi :

b. Lubang hidung :

c. Cuping hidung :

3. Telinga

a. Bentuk telinga :

Ukuran telinga :

b. Lubang telinga :

c. Pemeriksaan pendengaran :

4. Mulut dan faring

a. Keadaan bibir :

b. Keadaan gusi dan gigi :

c. Keadaan lidah :

d. Faring :

5. Leher :

a. Posisi trakea :

b. Tiroid :

c. Suara ucapan :

d. Kelenjar lymphe :

e. Vena jugularis :

f. Denyut nadi carotis :

D. Pemeriksaan payudara dan ketiak

a. Ukuran dan bentuk payudara :

b. Warna payudara dan areola :

c. Kelainan – kelainan payudara dan putting :

d. Axila dan Clavicula :

E. Pemeriksaan thorak / dada

1. Pemeriksaan Jantung

a. Inspeksi :

b. Palpasi :

c. Perkusi :

d. Auskultasi :

2. Pemeriksaan paru :

a. Inspeksi :

b. Palpasi :

c. Perkusi :

d. Auskultasi :

F. Pemeriksaan Abdomen

a. Inspeksi

b. Auskultasi :

c. Palpasi

d. Perkusi

G. Pemeriksaan kelamin dan daerah sekitarnya

1. Genetalia

a. Inspeksi :

b. Palpasi :

2. Anus dan perineum

a. Inspeksi :

b. Palpasi :

H. Pemeriksaan Muskuloskeletal (ekstremitas)

a. Inspeksi :

b. Palpasi :

I. Pemeriksaan integuman dan kuku

a. Inspeksi :

b. Palpasi :

J. Pemeriksaaan Neurologi

1. Tingkat kesadaran (secara kwantitatif) / GCS :

2. Tanda – tanda rangsangan otak (Meningeal sign) :

3. Syaraf Otak (Nervus Cranialis) :

4. Fungsi motorik :

5. Fungsi sensorik :

6. Refleksi :
 - a. Reflek fisiologis :

- b. Reflek patologis :

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan diagnostic / penunjang medis :

1. Laboratorium :

2. Rontgen :

3. E C G :

4. U S G :

5. lain – lain :

PENATALAKSANAAN DAN TERAPI:

Trenggalek,

(.....)
NIM :

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : _____

UMUR : _____

NO. REGISTER : _____

RUANG : _____

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : _____

UMUR : _____

NO. REGISTER : _____

RUANG : _____

NO.	TGL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TGL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NAMA : _____
UMUR : _____
NO. REG : _____
RUANG : _____

No.	TANGGAL	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Intervention Classification)	RASIONAL	TANDA TANGAN

IMPLEMENTASI

NAMA : _____ UMUR : _____
NO. REG : _____ RUANG : _____

NO.	TGL / JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TINDAKAN/IMPLEMENTASI	TANDA TANGAN

EVALUASI

NAMA : _____

UMUR : _____

NO. REG : _____

RUANG : _____

NO. DX	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KETERANGAN

CATATAN PERKEMBANGAN

TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEP.	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)

Lampiran 6

Lampiran 6



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Mifrokhah Hanifah Wahyu Septa Ananda

NIM : P17240221028

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA (Cerebro Vascular Accident) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Dosen Pembimbing : Awan Hariyanto, S.Kep., Ns., M. Kes.

NO.	TANGGAL	CATATAN PEMBIMBING	PARAF
1.	Senin, 20 Januari 2025	- Konsul finalisasi tempat magang dan masalah penelitian - Konsul final judul penelitian (Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA (Cerebro Vascular Accident) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek - ACC judul	
2.	Selasa, 21 Januari 2025	- Revisi bab 1 - Latar belakang tambahkan pentingnya Golden Period pada penanganan stroke - Revisi sesuai masukan Lanjutkan bab 2, 3	
3.	Rabu, 22 Januari 2025	- Patofisiologi stroke ambil dari buku patofis - Gambar pathway sesuaikan dengan uraian - Pustaka yang digunakan pada bab 1,2,3 pastikan ada di daftar pustaka	

4.	Kamis, 23 Januari 2025	• Cek kembali pustaka • Lanjutkan bab 3	A
5.	Jum'at, 24 Januari 2025	• Lengkapi dan revisi sesuai masukan • Lengkapi lembar persetujuan, dll • Buat lampiran informed consent • Buat PPT	A
6.	Kamis, 30 Januari 2025	• Konsultasi PPT (Tujuan Penelitian, Pengumpulan Data dispesifikasikan, difahami kalimat istilah di Uji Keabsahan Data, dan Etika Penelitian) • Cek ulang proposal • Siap maju ujian proposal • ACC PPT • ACC ujian proposal	A
7.	Senin, 3 Februari 2025	• Seminar proposal	A
8.	Senin 10 Februari 2025	• Revisi pembenahan judul/tema langsung arahkan stroke iskemik, termasuk seluruh isi proposal	A
9.	Selasa, 11 Februari 2025	• ACC lanjut penelitian	A
10.	Jum'at, 11 April 2025	• Konsul bab 4 dan 5 • Pembahasan pastikan di sinkronkan dari hasil analisis pada bentuk tabel • Perubahan meliputi fakta teori dan opini	A
11.	Selasa, 15 April 2025	• Pembahasan munculkan opini • Lampirkan surat penelitian dan surat balasan • Buat abstrak • Siap maju sidang KTI	A
12.	Kamis, 17 April 2025	• Revisi abstrak • ACC PPT • Siap maju seminar hasil	A
13.	Senin, 5 Mei 2025	• Opini pada pembasan bab 4 di perdalam • Penambahan teori menurut ahli pada pembahasan bab 4 di ganti ke teori yang terbaru	A
14.	Rabu, 14 Mei 2025	• ACC KTI	A



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Mifrokhah Hanifah Wahyu Septa Ananda

NIM : P17240221028

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA (Cerebro
Vascular Accident) Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD
dr. Soedomo Trenggalek.

Dosen Penguji : Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep

NO.	TANGGAL	CATATAN PENGUJI	PARAF
1.	10 Februari 2025	- Revisi Batasan masalah - Hilangkan untuk penyakit penyerta - Fokuskan ke stroke iskemik dengan tingkat kesadaran CM dan 2 masalah diagnosa keperawatan utama	<i>Dw</i>
2.	10 Februari 2025	Mulai judul atau tema langsung arahkan ke stroke iskemik, termasuk seluruh isi proposal	<i>Dw</i>
3.	11 Februari 2025	ACC Proposal KTI	<i>Dw</i>
4.	5 Mei 2025	- Revisi penulisan - Revisi opini pada pembahasan bab 4 diperdalam - Penambahan teori pada bab 4 diganti ke teori yang terbaru	<i>Dw</i>
5.	14 Mei 2025	ACC KTI	<i>Dw</i>